

Thèse de la Clinique Tarnier

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 185

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond-Léon-Charles DORMAY

Né le 26 juillet 1905, à Montmorency (Seine-et-Oise)
Ancien interne pr. des Hôpitaux et Maternités de Paris
Assistant de puériculture à l'Hôpital Boucicaut

L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

DANS LES

BASSINS LIMITES

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1934

Thèse de la Clinique Tarnier

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond-Léon-Charles DORMAY

Né le 26 juillet 1905, à Montmorency (Seine-et-Oise)
Ancien interne pr. des Hôpitaux et Maternités de Paris
Assistant de puériculture à l'Hôpital Boucicaut

L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

DANS LES

BASSINS LIMITES

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale .
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique.
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE

RENÉ DORMAY

Mort pour la France le 4 avril 1918

M. LE PROFESSEUR JALAGUIER

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Assistés

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET A MA BELLE-SŒUR

MEIS AMICISQUE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale
Officier de la Légion d'honneur

*En le remerciant des conseils qu'il nous a
donnés pendant le temps où nous avons été
son élève et de l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant de présider cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR ACHARD
M. LE PROFESSEUR HARTMANN

Externat :

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX (*In memoriam*)
M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR LEGUEU
M. LE DOCTEUR LEVANT
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES
M. LE PROFESSEUR LEREBoullet
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Internat provisoire :

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE
M. LE DOCTEUR GUILLEMOT
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉCALLE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TURPIN
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUÉJOUL
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FEY
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHABROL
M. LE DOCTEUR GUIMBELLOT
M. LE DOCTEUR LELONG
M. LE DOCTEUR BURNIER

A M. LE DOCTEUR HALBRON, médecin de l'Hôtel-Dieu.

A M. LE DOCTEUR CAIN, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

A M. LE DOCTEUR AINÉ, de Châtel-Guyon.

A M. LE DOCTEUR PORTRET, assistant d'électro-radiologie
à l'Hôpital Laennec.

M. LE DOCTEUR FAIVELEY, stomatologiste à Paris.

*Auxquels j'exprime mes sentiments de
profonde reconnaissance.*

L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

DANS LES BASSINS LIMITES

Introduction

De tout temps, le problème de l'accouchement dans « les besoins limites » a retenu l'attention des accoucheurs. L'accouchement spontané aura-t-il lieu ? Telle est l'éternelle question de laquelle on ne peut séparer l'épreuve du travail.

En effet, l'épreuve du travail n'est pas en fait et en elle-même une conduite bien nouvelle. Elle a pratiquement toujours existé, si on la considère comme étant l'étude de l'ensemble des phénomènes d'abord physiologiques, puis souvent pathologiques qui accompagnent la tentative de passage de l'enfant à travers la filière génitale plus ou moins dystocique de la mère.

Mais cette épreuve est passée par différentes phases et n'est vraiment pratiquée, avec le maximum de sécurité pour la mère et pour l'enfant, que depuis l'avènement de la césarienne basse ; cette dernière permet « de pousser à fond » l'épreuve du travail, d'étudier les phénomènes dynamiques du travail alors que les membranes sont rompues depuis longtemps.

L'on verra d'ailleurs que c'est la limite de l'épreuve du travail qui est difficile à fixer. Il faut intervenir assez tôt pour ne pas mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant ou ne pas être dans l'obligation de pratiquer une intervention mutilatrice. Mais il faut laisser aller le travail assez longtemps pour donner à la mère le maximum de chances d'accoucher seule aidée ou non par un forceps facile.

Quand doit-on dire, il faut intervenir, est l'axe du problème.

Nous insisterons d'emblée sur le fait important qu'en pratique on ne peut mathématiquement fixer un nombre d'heures de travail après lequel l'accouchement serait décrété impossible

ou risqué par les voies naturelles ; c'est une question de cas particulier où la connaissance des faits obstétricaux, l'expérience et le sens clinique jouent un rôle de premier ordre...

C'est pour cette raison qu'une telle épreuve doit être surveillée par un accoucheur de métier en milieu chirurgical.

Il faut être un accoucheur de métier pour suivre le mécanisme et l'évolution du travail dans chaque cas et se trouver en milieu chirurgical car on peut être amené à pratiquer une opération césarienne basse d'urgence ou de nécessité.

Ainsi le problème de l'épreuve du travail dans les bassins limites auquel le nom de PINARD est lié reste un des plus difficiles de la pratique obstétricale.

Son importance est grande. Les « bassins limites » sont plus fréquents que les bassins très dystociques, la surveillance de cette épreuve délicate et le moment opportun pour intervenir difficile à fixer.

Mais l'on comprendra ses avantages quand on saura qu'elle diminue de façon considérable le nombre des césariennes prophylactiques ou inutiles et qu'elle doit contribuer à la disparition des applications de forceps au détroit supérieur et des basiotripsies qui, le pronostic fœtal étant connu, ne sont pas sans danger pour la mère.

Historique

L'historique de l'épreuve du travail embrasse pour ainsi dire l'histoire des interventions obstétricales et abdominales au cours de la dystocie pelvienne et comprend deux phases complètement différentes.

I. — L'épreuve du travail avant les méthodes chirurgicales

Avant les méthodes chirurgicales l'on pratiquait l'épreuve du travail dans tous les cas de dystocie pelvienne sans les distinguer, car les moyens thérapeutiques étaient réduits. On laissait à la femme la possibilité d'accoucher seule. Si la tête ne s'engageait pas et si l'enfant était encore vivant, on pratiquait des interventions par voie basse très meurtrières pour le fœtus et non pas sans danger pour la mère.

La version par manœuvres internes et les applications de forceps au détroit supérieur se partageaient les avis et les faveurs suivant les tendances de chacun et les conditions d'intervention ; cependant le premier mémoire sérieux sur la césarienne était de 1581 et la symphysiotomie avait connu un succès éphémère en 1777 pour disparaître.

La version par manœuvres internes donnait 20 à 40 % de mortalité fœtale sans parler des accidents survenant au cours de la manœuvre de MAURICEAU et des lésions des parties molles de la mère.

Quant au forceps manié au détroit supérieur, il était non moins meurtrier, véritable basiotripsie déguisée, comme on l'a dit ; il entraînait une mortalité immédiate de 20 % sans parler

de celle qui suivait dans les premiers jours (10 %) et des séquelles par lésions cérébro-méningées (5 %).

Bien souvent on aboutissait donc à un enfant mort, à une intervention meurtrière sur une tête dernière ou d'emblée à une embryotomie quand l'enfant était mort, ce qui n'était pas rare au cours du travail prolongé.

L'accouchement prématuré provoqué n'était pas admis par tous, BEAUDELOUQUE décrit « ses tristes fruits » ; cependant le dégoût des interventions précédentes l'avait fait fréquemment employer vers la fin du XIX^e siècle. Mais si une telle pratique supprimait l'épreuve du travail et donnait une mortalité maternelle presque nulle, ses indications restaient difficiles à poser et les risques courus par l'enfant importants (15 % de mortalité).

Ainsi donc, dans tous ces cas, l'enfant ne comptait pas, l'épreuve du travail était toujours pratiquée et à l'aveugle faute d'autres moyens ; elle aboutissait trop souvent à des catastrophes quand on était obligé d'intervenir par voie basse.

II. — L'épreuve du travail après les méthodes chirurgicales

Les découvertes de PASTEUR, les travaux de BAR et PINARD vont changer en partie la face des choses. PASTEUR crée l'asepsie, SAENGER en 1882 réhabilite la césarienne par ses précautions et la suture de l'utérus.

En 1885, BAR après l'avoir vu opérer à Leipzig refait à Paris, la deuxième césarienne réussie depuis dix ans. En 1891, PINARD se fait l'avocat des droits de l'enfant. Personne, dit-il, n'a le droit de choisir la vie ou la mort d'un enfant ; il insiste sur l'avortement déguisé qu'est trop souvent l'accouchement prématuré, sur le dégoût de la basiotripsie pratiquée sur l'enfant vivant et le mauvais résultat des forceps appliqués au détroit supérieur ; en 1896, il préconise la symphysiotomie.

Dès lors, césarienne et symphysiotomie vont se disputer la place d'honneur et l'épreuve du travail apparaîtra sous un nouveau jour. « Je sais peu d'histoire plus attachante que celle

des méthodes opératoires tour à tour préconisées pour terminer l'accouchement dans les bassins rétrécis, écrit BAR en 1900. Rechercher les causes qui ont fait adopter, abandonner, renaître et retomber dans l'oubli les procédés, c'est en effet parcourir l'histoire de l'obstétrique elle-même, de son évolution et de ses progrès ».

On assiste en effet à un véritable « balancement » entre la symphysiotomie, opération de nécessité, et la césarienne corporéale, opération prophylactique.

PINARD et VARNIER laissent aller, autrement dit pratiquent l'épreuve du travail et après attente sans résultats avec enfant vivant terminent par une symphysiotomie (En 1900, 160 cas, 7,5 % mortalités maternelle, 9 % mortalité fœtale).

Mais, outre sa mortalité relativement élevée, ses indications limites restent difficiles à poser et les complications ne sont pas rares.

Aussi la césarienne avec BAR gagne du terrain ; en 1899, il apporte une statistique de dix cas, puis des chiffres de plus en plus importants avec une mortalité maternelle et fœtale très faible, à la condition de pratiquer une césarienne prophylactique avant tout début de travail, membranes intactes ; autrement dit, il supprimait l'épreuve du travail et une telle intervention pouvait être inutile.

« Quand j'étais l'assistant de M. BAR, écrit BRINDEAU, il déidait d'opérer une femme à date fixe ; la veille du jour ou devait avoir lieu l'opération la femme entraînait en travail et accouchait parfois seule ».

Il y avait donc certainement des césariennes inutiles qu'il aurait mieux fallu éviter car comme toute laparatomie, l'hystérotomie comporte des risques assez importants pour ne pas la pratiquer sans indications suffisantes. En conséquence, le dogme de la césarienne haute prophylactique supprimait l'épreuve du travail dans les cas limites avec ses possibilités d'accouchement spontané ; il rendait l'accoucheur impuissant devant l'épreuve du travail cependant tant soit peu tentée et l'obligeait à pratiquer alors la symphysiotomie limitée dans ses indications ou un forceps au détroit supérieur dont on connaît la gravité.

Cependant, en 1909, BAR préconise toujours la césarienne prophylactique et s'il conseille d'attendre le début de travail (moins de deux heures), il pose comme principes majeurs de n'opérer que sur un œuf intact, membranes intactes (cas pur).

Mais, certains accoucheurs en présence d'une femme en travail depuis plusieurs heures se risquent à pratiquer une césarienne et il s'ensuit que l'épreuve du travail réapparaît sous un autre aspect.

En 1904, à Paris, RIPEMONT-DESSAIGNES opère à Beaujon une femme en travail depuis vingt-quatre heures, membranes rompues depuis dix heures, et qui guérit malgré une phlébite ; la même année, BOQUEL rapporte cinq cas ; puis LEPAGE en 1907, dans un article du *Bulletin médical*, demandait un minimum de douze heures de travail avant de décider la césarienne ; c'est l'opération césarienne tardive qui laisse à la femme la possibilité d'accoucher par les voies naturelles ; c'est l'épreuve du travail qui renaît.

LEMOUSSU réunit 38 cas dans sa thèse en 1908, LE LORIER 11 cas dans un mémoire de 1911 « l'opération césarienne peut être pratiquée avec succès après rupture des membranes alors que des manœuvres manuelles ont été exécutées dans la cavité utérine et que le liquide amniotique est septique ».

LEPAGE reconnaît comme contre-indications « l'infection nette avec grosse température, frissons et fétidité du liquide ».

Au cours d'une leçon faite à la clinique Beaudelocque et parue dans le *Bulletin médical* (16 mars 1912), PINARD fait un exposé lumineux de cette question.

« La clinique exclut la mathématique et les obstétriciens mathématiques ; les règles s'appuyant sur le nombre de centimètres et même s'il vous plaît de millimètres que possède tel diamètre du bassin, ne peuvent être guère qu'utiles à l'obstétricie dans l'espace... pour les raisons que je viens de vous énumérer, c'est le bassin à limite étroite, le bassin limite, d'après l'expression peu académique, mais employée à l'heure actuelle, que vous rencontrerez dans votre pratique. Vous voyez combien, avec des bassins se ressemblant pour ainsi dire, ayant à peu près les mêmes dimensions, les terminaisons de l'accouchement sont différentes, les principes dirigeant la conduite

de l'accoucheur étant toujours les mêmes. Combien sont rares les bassins permettant de dire à coup sûr pendant la gestation qu'une opération césarienne s'imposera dès le début du travail. Presque toujours la conduite à tenir dans ces bassins est sous la dépendance de facteurs multiples qui entrent en jeu pendant les différentes étapes du travail et qui nous sont à l'avance complètement inconnus. Seule, absolument seule, l'observation clinique incessante et sagace doit servir de guide ». Suivait l'observation d'une femme à bassin limite accouchant par les voies naturelles après l'épreuve du travail. »

Telles étaient les idées de PINARD.

Cependant, il est un fait certain que de telles interventions pratiquées sur un milieu qui est impur et où l'infection est latente restent des opérations risquées.

En 1909, COUVELAIRE insiste déjà sur les dangers « quand l'infection, même latente, est dans la place ».

De même, en 1910, DOLERIS s'élève contre la césarienne tardive et l'épreuve du travail de PINARD qu'il considère comme dangereuses. Une réaction se fait, alors que FRANCK rapporte au Congrès de Lisbonne, en 1908 sept observations de césarienne basse qui passent alors presque inaperçues ; on essaye des méthodes extra-péritonéales et transpéritonéales et cependant en 1909, JEANNIN préconisait déjà l'hystérotomie basse dans les cas impurs.

En effet, il est certain que si la césarienne corporéale donne une mortalité maternelle presque nulle dans les cas purs, dans les cas impurs, la mortalité s'élève à 10 et même 27 %.

Bien que les Américains fassent des césariennes basses en 1915 dans les cas infectés, cette dernière reste toujours inconnue en France où l'on essaye de perfectionner la technique de la césarienne corporéale qui, après épreuve du travail, reste une intervention grave.

On tente de lutter contre la péritonite primitive par la protection à outrance de l'utérus extériorisé ; on essaye d'éliminer les risques de péritonite secondaire : mais, le drain est presque illusoire, le Mickulicz a peu d'effet sur un utérus mobile, le surjet séroséreux tenté déchire et l'épiplooplastie cède aussi ou donne de l'occlusion.

On comprend d'ailleurs bien les causes du désastre :

la suture n'est pas péritonisée par la plaie et les trous des fils,
la cavité utérine communique avec la grande cavité périto-
néale,

les contractions incessantes de l'utérus empêchent la parfaite
coaptation de la plaie et tendent à désunir les fils.

la plaie est en pleine cavité péritonéale au contact du grêle et du
transverse,

tous les moyens de drainage sont inefficaces.

Avec la césarienne corporéale, l'épreuve du travail reste donc
une tentative risquée et ne peut être conduite systématique-
ment.

En 1919, BBR résume ainsi la question :

« Un cas ne peut être tenu pour pur quand la femme est en
travail depuis longtemps et quand les membranes sont rom-
pues ; non seulement, je m'abstiens quand la femme présente
des signes d'infection même légère, mais je me suis donné pour
règle d'éviter d'intervenir chez la femme en travail et de ne le
faire qu'immédiatement après le début de travail quand les
membranes sont intactes. »

C'est en somme, repousser l'idée de l'épreuve du travail et re-
nouveler la discussion des césariennes inutiles ; mais c'est
aussi éviter les risques considérables de la péritonite.

COUVELAIRE, en 1922, au Congrès de Paris dit :

« Les opérations césariennes tardives restent des opérations
risquées ; je préfère terminer par l'hystérectomie si la césa-
rienne est indispensable. »

On voit donc à quel prix se solderait trop souvent l'épreuve
du travail si on la tentait systématiquement avec la seule césa-
rienne corporéale.

Cependant, BROUHA, en 1920, essaye de préciser un moyen
terme : « Il est permis de soutenir les indications de la césa-
rienne conservatrice même après travail prolongé, membranes
rompues depuis plusieurs heures, examens et essais de forceps,
pourvu que les conditions nécessaires d'asepsie aient été con-
servées, que la femme présente un bon état général, sans accé-

lération de poulx, ascension de température et soit exempte de tout passé génital pathologique ; mais le moindre soupçon d'infection ovulaire doit faire pratiquer une hystérectomie... Pour les femmes à bassin limite, chez lesquelles il est impossible d'établir un pronostic pour l'accouchement, certaines accouchent spontanément après une longue période de travail laborieux tandis que l'expulsion ou l'extraction du fœtus par les voies naturelles reste impossible chez les autres. Le rejet de parti pris de la césarienne tardive chez ces femmes aurait conduit l'accoucheur à pratiquer inutilement chez les premières une césarienne prophylactique, chez les secondes, à faire suivre la césarienne d'une hystérectomie ou à exécuter une basiotripsie »,

En définitive, quoique les cas de césarienne tardive fussent nombreux, on ne reconnaît pas encore de façon absolue à l'épreuve du travail « Le droit de Cité ». Si COUVELAIRE est moins intransigeant et semble la préconiser, il l'autorise avec des restrictions telles qu'elle ne peut être réalisée que dans la minorité des cas.

« Ce n'est pas vers une amélioration de la technique, mais vers une autre intervention qu'il faut s'orienter, dit-il. »

Cette nouvelle intervention va être la césarienne basse, car l'opération de PORTES reste peu chirurgicale avec des indications exceptionnelles.

Avec l'hystérotomie basse, l'idée de l'épreuve du travail va faire des progrès prodigieux. Les Américains et les Allemands la pratiquaient depuis longtemps, mais c'est SCHIKELÉ à Strasbourg, en 1920 et BRINDEAU, à Paris, en 1921 qui lui donnent l'essor qu'elle a aujourd'hui.

La césarienne basse permettant d'opérer sans grand danger des cas impurs autorise l'épreuve du travail qui ne peut se juger qu'après rupture de la poche des eaux (donc épreuve du travail = cas impur).

Dès lors, on a perfectionné depuis la technique de la césarienne appliquée à des cas de plus en plus impurs, on a poussé de plus en plus loin la durée de l'épreuve du travail et on a élargi ses indications ; mais sa conduite est comprise différemment, codifiée de façon différente et a suscité de nombreux travaux souvent contradictoires.

Cependant si les risques de péritonite après césarienne basse tardive « c'est-à-dire après l'épreuve du travail », sont très réduits la possibilité d'infection puerpérale persiste ; aussi l'épreuve du travail doit toujours être menée à bon escient et les nécessités de l'hystérectomie n'ont pas complètement disparu.

De plus, l'on verra qu'une épreuve du travail anormalement prolongée vient parfois assombrir le pronostic fœtal.

Définition du bassin limite

On ne peut parler de bassin limite que chez une femme en fin de grossesse touchant presque au terme.

C'est si l'on veut un bassin qui semble suffisant pour laisser passer dans des conditions normales le fœtus qui doit le traverser, cependant avec quelques réserves.

C'est là une définition très vague pouvant laisser cependant entrevoir deux types de bassin limite :

- 1° un bassin légèrement touché avec un fœtus de poids et constitution normaux,
- 2° un bassin normal avec un fœtus un peu trop gros.

D'emblée, l'on voit donc que le bassin limite correspond surtout au rapport de la filière génitale au fœtus.

Il faut cependant essayer de donner une définition plus précise et pour ainsi dire chiffrée. Le bassin rachitique le plus fréquent reste type et la mesure du diamètre promonto pubien minimum permet de donner une définition provisoire.

Pour BROUHA, le promonto pubien minimum compris entre 8 cm. $1/2$ et 9, correspond à celui du bassin limite.

METZGER dit : promonto pubien minimum de 8 à 9 ; attendre l'épreuve du travail pour décider.

VORON dans la 4^e édition de la *Pratique de l'art des accouchements* donne : promonto pubien minimum plus grand que 9 cm. l'accouchement est spontané dans 80 % des cas ; promonto pubien minimum plus petit que 8 cm. l'accouchement spontané est l'exception ; entre 8 et 9 se trouve le point critique, les cas compris entre 8,6 et 9 doivent être rattachés au bassin de 9 cm. avec cependant moins d'accouchements spontanés ; ceux com-

pris entre 8 et 8,5 ne donnent un accouchement spontané que dans 10 % des cas.

DUBRISAY et JEANNIN donnent comme bassin limite un chiffre compris entre 8 et 9 1/2.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE donnent 8 à 9 cm.

Ce diamètre est donc là un premier point de repère ; mais il est insuffisant car il faut tenir compte d'autres éléments que seulement la diminution du diamètre antéro postérieur du détroit supérieur.

DEMELIN-DEVRAIGNE donnent :

promonto pubien minimum plus grand que 9 cm. pour bassin aplati et généralement rétréci avec faux promontoires,
promonto pubien minimum plus grand que 8,5 pour ce même bassin sans faux promontoires,
promonto pubien minimum plus grand que 8 pour bassin aplati simple.

VORON dit :

les chances sont plus grandes pour le bassin aplati pur,
les chances sont moins grandes pour le bassin aplati et généralement rétréci,
les chances sont encore moins grandes pour le bassin généralement rétréci.

SELHEIM demande un minimum de 8,5 pour le bassin généralement rétréci et de 8 pour le bassin aplati.

On voit donc au fur et à mesure que des éléments entrent dans la définition du bassin limite cette dernière devient de plus en plus complexe et difficile à préciser.

Les faux promontoires, leur nombre, leur hauteur, la forme du sacrum jouent un rôle qui n'est pas négligeable ; enfin et surtout, deux éléments viennent entrer en ligne de compte dans la définition du bassin limite :

le degré d'asymétrie,
le volume du fœtus.

Il ne s'agit pas de l'asymétrie marquée imposant la césarienne d'emblée, mais de son degré léger dont on ne peut rien dire de

précis (au cours de certaines coxalgies ou luxations unilatérales de la hanche souvent compliquées de rachitisme). VORON donne à ce sujet un chiffre minimum théorique de 9 cm. quant au promonto pubien minimum ; de même les bassins cyphotiques et scoliotiques sont difficiles à apprécier pour leur encadrement dans les bassins limites.

D'autre part, le volume du fœtus va jouer un rôle considérable. On a jusqu'ici considéré dans le bassin limite théoriquement chiffré un fœtus normal, c'est-à-dire de poids oscillant autour de 3.200 gr., avec un diamètre bipariétal de 9 cm. 5, bitemporal de 8 cm. et biacromial de 12 cm. réductible d'ailleurs à 9,5 ; mais si un tel fœtus peut traverser un bassin limite il n'en sera plus de même pour un fœtus de volume supérieur. D'ailleurs, un excès de volume du fœtus, une tête trop grosse ou trop ossifiée peuvent poser le problème du bassin limite alors même que les diamètres pelviens sont normaux.

Enfin, deux autres éléments viennent compliquer la question :

la nature de la présentation,
la primiparité ou la multiparité.

La présentation du sommet est préférable ; cependant dans le bassin aplati, la tête dernière n'est pas une cause de dystocie importante ; par contre, une présentation du siège dans tout autre bassin limite, si peu que le siège soit gros, assombrit le pronostic et doit faire considérer la dystocie comme plus sévère.

Nous verrons l'importance des antécédents obstétricaux, de l'état général et local de la femme au pronostic du bassin limite pendant la grossesse.

Ainsi donc, la définition du bassin limite en fin de grossesse est difficile à donner de façon précise ; les éléments qui entrent en jeu varient trop avec chaque bassin ; c'est un diagnostic de cas particulier ou toutes les données doivent être contrôlées et surtout comparées les unes aux autres, le chiffre compris entre 8,5 et 9 comme diamètre promonto pubien minimum gardant à la fois une valeur absolue et relative.

Examen et diagnostic clinique du bassin limite

Il ne présente véritablement de l'importance que chez la femme à terme.

L'inspection et la palpation n'apprennent pas grand'chose intéressant la dystocie ; cependant l'on insistera sur les déviations de l'utérus que l'on a intérêt à redresser pour permettre aux contractions utérines d'avoir le maximum de puissance et d'action.

Le palper mensurateur (PINARD, MULLER) appréciera le débordement de la tête au-dessus du pubis, mais l'on verra que sa valeur est toute relative tant que les membranes sont intactes.

La pelvimétrie externe n'a plus qu'un intérêt historique il n'en est pas de même de la pelvimétrie interne ; si précieuse que soit l'épreuve du travail elle ne doit pas supprimer un examen consciencieux mais non mathématique du bassin.

On sait que tout promontoire accessible au doigt doit faire penser à un rétrécissement du détroit supérieur dans le sens antéro postérieur ; on en profitera pour mesurer le promonto pubien minimum tenant compte de la hauteur, de l'épaisseur et de l'inclinaison de la symphyse.

On recherchera une fermeture de l'arc antérieur du bassin si peu que ce soit, on explorera l'arc postérieur, les sinus sacroiliaques dont on reconnaîtra la largeur et la profondeur ; enfin le doigt se promenant sur la face endopelvienne des os iliaques suit d'avant en arrière la ligne innommée mais ne peut garder le contact avec elle dans un bassin normal que dans les deux tiers antérieurs de cette ligne, le tiers postérieur échappant à

son investigation ; autrement on a affaire avec un bassin touché.

On aura soin d'explorer les parties latérales du bassin en changeant de main et de rechercher une légère asymétrie.

On se rendra compte de la concavité ou de la convexité du sacrum, du nombre et de la hauteur des faux promontoires. On étudiera la nature de l'atrésie des voies génitales inférieures et de degré de formation du segment inférieur en général peu développé dans ces cas.

Le degré d'ossification de la tête, son volume ont une importance primordiale et l'on pourra essayer la manœuvre de l'engagement forcé renseignant sur les rapports existant entre les diamètres céphaliques et pelviens.

On sait que la tête chez la multipare ne s'engage souvent que pendant le travail ; d'autre part s'il est classique de soutenir que chez la primipare elle s'engage dans le dernier mois, ANDERODIAS a remarqué que cette assertion n'est pas toujours vérifiée. En cas de bassin normal, dans 52 % des cas l'engagement se fait alors au cours du travail, dans 34 % au cours des dernières semaines de la grossesse et seulement dans 5 % au début du 9^e mois ; il faut éviter à ce sujet une erreur de diagnostic.

Le bassin examiné, il faut s'enquérir des antécédents obstétricaux et de l'état actuel de la grossesse.

Dans les antécédents, on recherchera :

- le nombre de grossesses et d'enfants vivants,
- les phénomènes mécaniques qui ont accompagné l'accouchement et la durée du travail,
- le mode de présentation et d'engagement,
- la terminaison spontanée ou non,
- le poids de l'enfant,
- le volume et la déformation possible du crâne,
- l'état de l'enfant à la naissance,
- la nature et la difficulté des interventions.

On recherchera associée à la grossesse actuelle une autre dystocie :

- une infection d'ordre médical,
- un placenta prævia,

une tumeur prævia,
une albuminurie importante,
une lésion cardio-vasculaire,
une obésité marquée.

En possession de ces éléments chez une femme à terme présentant un bassin qui paraît limite, peut-on à ce moment porter un pronostic sur l'accouchement ?

Le chapitre suivant va répondre à cette question avec toutes les réserves nécessaires par le fait même que l'on est en possession que d'éléments statiques.

Pronostic du bassin limite à la fin de la grossesse

Diverses éventualités vont se rencontrer :

I. — Il y a des cas ou bien que l'on se trouve en présence d'un bassin paraissant limite, il ne faut pas pratiquer l'épreuve du travail, mais exécuter une césarienne, basse naturellement de préférence, dès le début de travail.

a) tantôt, il y a un autre élément pathologique associé :

placenta prævia certain,
présentation de l'épaule irréductible,
tumeur prævia,
albuminurie massive (éclampsie),
affection aiguë de la vulve ou du vagin.

b) tantôt, il y a des antécédents obstétricaux importants :

forceps difficile avec enfant mourant à la naissance,
embryotomie,
enfant mort peu après la naissance malgré un accouchement spontané,
enfant mort pendant le travail.

Dans ces cas, si la femme désire absolument un enfant vivant, si surtout elle est multipare âgée sans enfant vivant, il vaut mieux pratiquer une césarienne basse dès le début de travail d'autant plus que le poids de l'enfant croît avec la parité.

c) tantôt, on a pratiqué antérieurement une césarienne. Si c'était une césarienne haute pour dystocie pelvienne permanente la césarienne systématique itérative s'impose ; mais il est possible sous une surveillance stricte de laisser aller l'accouchement par les voies naturelles si l'hystérotomie a été

pratiquée pour une dystocie passagère. Si c'était une césarienne basse on verra par la suite que les avis sont partagés.

II. — Il est des éléments favorables :

bassin aplati avec sacrum concave (à égalité de promonto pubien minimum),
tête débordant à peine le pubis ou tangente,
tête petite ou peu ossifiée,
présentation du sommet,
accouchement précédent spontané avec durée normale du travail,
enfant petit,
multiparité (plus grande souplesse des parties molles, possibilité de symphysiotomie).

III. — Il est des éléments défavorables :

bassin généralement rétréci avec sacrum convexe et faux promontoires,
bassin asymétrique,
bassin avec cyphose bas située,
tête volumineuse et très ossifiée,
présentation du siège (sauf pour le bassin aplati),
accouchement précédent laborieux très douloureux avec travail long et pénible,
enfant gros,
primiparité,
obésité.

L'obésité joue un rôle important par le caractère imprévisible des complications qu'elle peut amener. Le volume du fœtus est souvent sous estimé ; on a signalé des accumulations de masses graisseuses dans le bassin ; la dystocie dissimulée ne conduit que tard à l'appréciation de la situation ; à ce moment les interventions obstétricales sont difficiles et de mauvais pronostic pour l'enfant ; l'intervention abdominale qui doit être rapide est difficile à exécuter sur une femme grasse et défavorable car elle est pratiquée sur un organisme déficient par nature, fatigué par un travail long et en puissance d'infection ;

Les complications (syncope anesthésique-broncho pneumonie

postératoire-ictère grave) sont relativement fréquentes. Aussi certains auteurs préfèrent la césarienne prophylactique (consulter les deux observations rapportées à la fin de cette thèse).

Mais en fait le pronostic du bassin limite chez une femme en fin de grossesse est pratiquement très difficile à poser. En effet, tous les éléments étudiés dans ce pronostic sont pour ainsi dire des éléments statiques ; l'état dynamique du travail va changer dans une forte proportion la face des choses et jouer un rôle considérable.

Il est impossible de pronostiquer à l'avance le jeu entre la tête et le bassin sous l'influence du travail, d'évaluer à leur juste valeur (malgré les antécédents) les phénomènes qui pendant l'accouchement vont avoir une importance de premier ordre.

Ces phénomènes, ces inconnues du problème, sont :

- 1° la puissance et l'effet des contractions utérines ;
- 2° les anomalies de cette contraction et de la dilatation ;
- 3° les attitudes, les modifications et le modelage de la tête au moment ou sous l'influence des forces utérines elle cherche à s'engager ;
- 4° les données du palper mensurateur qui n'a de valeur certaine que quand les membranes sont rompues.

En résumé, c'est donc presque uniquement au cours de la tentative d'engagement, c'est-à-dire au cours de l'épreuve du travail que devant un bassin limite, on va pouvoir porter un pronostic de valeur.

L'épreuve du travail. Définition et généralités

Telle qu'elle est définie et pratiquée aujourd'hui, l'épreuve du travail est comme on a pu s'en rendre compte au cours de l'historique, née d'une longue expérience clinique progressivement étendue de la césarienne basse à des cas de plus en plus impurs ; lorsque les observations de césariennes tardives faites dans des cas sub ou franchement infectés furent assez nombreuses, il était logique de se laisser tenter par une expectative prudente poussée très loin et d'y soumettre les bassins limites.

L'épreuve du travail est donc une expectative volontaire, raisonnée, étudiée mais armée, pratiquée dans l'intérêt de la femme et au cours de laquelle on suit les phases du conflit entre les forces qui s'opposent :

résistance osseuse anormale d'une part (élément statique), puissance utérine et réductibilité de la tête d'autre part (éléments dynamiques).

Suivant l'issue de ce conflit, on assistera à l'accouchement spontané ou bien il faudra intervenir.

L'épreuve du travail est positive quand la présentation a franchi le détroit supérieur ; autrement dit pour le sommet les bosses pariétales sont alors au-dessous de ce détroit.

L'épreuve du travail est négative dans le cas contraire et quand on a jugé opportun d'intervenir.

Trois problèmes sont donc à résoudre au cours de l'épreuve du travail :

1^o Combien de temps faut-il prolonger l'épreuve du travail pour donner à la mère le maximum de chances d'accoucher spontanément d'un enfant vivant, et ne pas intervenir trop tard

si l'on veut pratiquer une opération conservatrice sans danger pour la parturiente et la vie du fœtus ?

2° Quelles sont les données du problème commandant l'intervention ?

3° Quelle conduite tenir pendant l'épreuve du travail et quelle thérapeutique choisir si elle se révèle négative ?

Conceptions de l'épreuve du travail

Les traités classiques rédigés avant les progrès considérables dus à la césarienne basse reflètent à peu près l'opinion qui se dégage de l'historique étudié dans les pages précédentes.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, 9^e édition, 1923, page 1299:

« D'autres comme PINARD préfèrent attendre le travail et juger à ce moment là des chances que peut avoir la tête foetale de franchir sans danger l'obstacle osseux... Il est difficile de préciser jusqu'à quel moment l'opération césarienne (il ne pouvait s'agir que de la césarienne corporelle) peut être faite sans trop de risques pour la femme ; l'intégrité des membranes (ceci est écrit en 1923) est un excellent point de repère ; nombre d'accoucheurs ne veulent pas faire courir le risque d'une intervention à une femme dont l'œuf est ouvert depuis cinq ou six heures. »

WALLICH, 4^e édition, 1921, page 411 :

« L'expectative demande à être judicieusement observée, elle peut être prolongée plus longtemps chez la primipare que chez la multipare dont l'utérus est plus aminci et moins résistant. Il faut attendre, voir l'effet des forces naturelles, laisser pour ainsi dire la tête elle-même mesurer le bassin, mais il ne faut pas dans cette attente laisser se produire la mort du fœtus ou la rupture de l'utérus. L'art qui ne peut être enseigné par aucune théorie consiste à éviter ces deux écueils. »

BUMM, 2^e édition française :

« Parle de laisser agir les forces naturelles jusqu'à l'extrême limite du possible. »

MAYGRIER et SCHWAAB serrent de plus près la question, 2^e édition, page 803 :

« Quand la dilatation est complète attendre longtemps, tant que le fœtus ne souffre pas, la fixation par le modelage et l'engagement de la tête sous l'influence des efforts de la femme. L'expectative pendant le travail doit cesser quand une des conditions suivantes est réalisée : tête manifestement volumineuse, procidence du cordon, état général ou local grave chez la mère. »

DEMELIN-DEVRAIGNE, édition 1922, page 992 :

« Dans toutes les circonstances expectantes, nous ménagerons la poche des eaux jusqu'à dilatation complète (ceci est écrit en 1922)... Mais voici la parturiente à dilatation complète, elle pousse depuis déjà quelque temps sans succès et la tête ne descend pas, nous avons le choix entre l'accouchement par voie basse et par voie haute. »

VORON, 4^e édition de la *Pratique de l'art des accouchements*, 1927, page 187 :

« Il est difficile de donner à cet égard (durée de l'épreuve du travail) une formule fixe car la décision dépend des circonstances en présence desquelles on se trouve et qui varient avec chaque cas particulier. COMMANDEUR dans la 3^e édition de ce traité (on ne parlait alors que de césarienne haute) donne les précisions suivantes : ... si la disproportion est peu marquée, on se bornera à l'expectation jusqu'à dilatation complète. Si la tête se fixe sans déborder le détroit supérieur, on rompra artificiellement les membranes et on attendra deux ou trois heures en surveillant les progrès de la présentation. Cette durée de deux à trois heures après dilatation complète et membranes rompues semble en effet correspondre à ce qu'il est raisonnable d'attendre... ; mais il conviendra de la raccourcir quand la tête reste élevée ou s'oriente mal ou que sa progression commencée s'arrête. »

Citons deux ouvrages plus modernes.

DUBRISAY et JEANNIN, 6^e édition, page 492 :

« Si l'on a affaire à une multipare avec un bassin plat, un fœtus pas trop volumineux et un utérus se contractant vigoureusement, l'expectative est permise ; il faut dans ce cas suivre attentivement la marche de l'engagement et en particulier l'évolution suivie par la suture sagittale. »

METZGER, édition 1931, page 351 :

« L'épreuve du travail vous permettra assez vite d'avoir une opinion nette ; la différence entre le bassin aplati et le bassin atrésique est presque toujours évidente. »

Plus intéressante est la littérature parue depuis l'avènement et la pratique en séries de la césarienne basse.

Tel auteur attend simplement pendant un certain temps la marche du travail et au bout de ce temps si la tête n'est pas engagée, il considère l'épreuve comme terminée.

Tel autre attend la rupture de la poche des eaux, une dilatation du col jusqu'à un certain degré et observe si sous l'influence de bonnes douleurs la tête entre dans le bassin si non il se sert de l'impression manuelle de la tête dans le bassin ; si par cette manœuvre la tête n'entre pas quand la dilatation est complète, il opère ; s'il elle descend il attend encore.

Pour KELLER, Leçon du Jeudi soir à la Clinique Tarnier :

« L'épreuve du travail doit se faire sans la rupture de la poche des eaux ; mais si les douleurs sont régulières pendant un certain temps, il rompt la poche des eaux à cinq francs pour faciliter la configuration de la tête, la formation de la bosse séro sanguine, l'allongement de la tête et le chevauchement des pariétaux... ; il n'y a pas de temps à fixer, cependant vingt-quatre heures paraît être la limite raisonnable de l'épreuve du travail. »

Pour BROUHA, *Bruxelles médical*, n° 31, juin 1930 :

« Rompre la poche des eaux à 4 ou 5 cm. pour faire descendre la tête ; il n'est point de signes précis permettant de prévoir les accidents, de dire que l'épreuve du travail est terminée et d'intervenir à temps ; les vertus obstétricales, l'expérience clinique, la patience, la perspicacité et l'endurance décideront du sort de l'épreuve du travail. »

Pour ODAGESCO, *Revue française de gynécologie et obstétrique*, n° 9, septembre 1926 :

« C'est à dilatation complète que l'on fera la rupture de la poche des eaux ; si après la tête ne descend pas : césarienne ; si rupture prématurée

de la poche des eaux et non progression de la tête et de la dilatation, il déconseille de prolonger l'épreuve du travail. »

Pour FREY :

« Il étudie le nombre des contractions utérines en rapport avec l'évolution spontanée dans chaque condition obstétricale ; il fixe un chiffre maximum au-dessus duquel toute chance d'évolution spontanée heureuse est exclue ; il ne compte d'ailleurs le chiffre des contractions qu'à partir de la rupture spontanée de la poche des eaux si elle se fait à dilatation complète. Selon lui l'épreuve du travail est à abandonner quand l'enfant n'est pas né après deux cents contractions depuis la rupture spontanée de la poche des eaux. »

Pour DEVRAIGNE, *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, page 411, 10 juin 1929 :

« Une épreuve du travail pour avoir toute sa valeur et pour bien démontrer la non perméabilité d'un bassin a besoin d'être suffisamment prolongée. Il faut que les contractions utérines efficaces puissent, après plusieurs heures de rupture de membranes, favoriser la parfaite adaptation de la tête au détroit supérieur... l'épreuve du travail échoue si après plusieurs heures la tête occupe toujours la même situation au détroit supérieur. »

Pour BALARD et MAHON, *Marseille médical*, n° 22, 1928 :

« Une épreuve du travail ne doit être tenue comme valable que si le col est complètement dilaté ou dilatable et surtout si les membranes sont rompues, elle n'a pour solution que l'accouchement spontané ou la césarienne basse. »

CATHALA est d'un avis tout différent, 1930, *Bruxelles médical* :

« Il n'est pas partisan de la césarienne très tardive avec membranes rompues depuis longtemps ; il a d'ailleurs l'impression que la plupart des césariennes basses sont pratiquées peu de temps après le début de travail et qu'elles sont rarement faites vraiment tardives ; il faut s'expliquer, dit-il, sur la valeur de l'expression « épreuve du travail ». Elle n'est réalisée que quand la dilatation est complète, les membranes rompues et la femme ayant fait quelques efforts d'expulsion... Quand la femme

arrive, après une véritable et plus ou moins longue épreuve du travail, à dilatation complète avec un œuf ouvert depuis longtemps, il considère la césarienne comme risquée, haute ou basse et préfère la pelvitomie... Il n'est pas convaincu que les suites immédiates de la césarienne basse soient meilleures que la haute. »

Un accoucheur anglais, *Journal of obstetric and gynecology of the British empire*, 1930 :

« Au moment de la rupture de la poche des eaux, deux éventualités :

1^o Dilatation complète et utérus relâché entre les douleurs :

a) la tête progresse normalement et en quelques heures, elle arrive sur le périnée ;

b) la tête est un peu grosse, mais finit par progresser après légère réduction ; on termine par un forceps.

2^o Dilatation de deux à trois doigts et tête restant élevée.

a) col non effacé : césarienne ;

b) col effacé : attendre quatre heures si la tête plonge et multipare pratiquer une pelvitomie. Si col refermé ou œdématié, orifice externe plus dilaté que l'interne, et tête mobile pratiquer une césarienne. »

ANDERIODIAS, *Journal de Médecine de Bordeaux*, n^o 24, 1932 :

« Quand la dilatation est complète, on rompt les membranes si ce n'est déjà fait et on dit à la femme de pousser ; ou bien la tête s'engage sous l'influence des efforts ou bien elle reste au-dessus du détroit supérieur et alors au bout d'une heure intervenir. Parfois rupture prématurée des membranes ou anomalies de dilatation qui, parvenue à deux ou cinq francs, ne progresse plus ; on fait l'épreuve de la morphine, si la contraction une fois disparue la dilatation ne progresse plus : césarienne. »

KREISS, *Revue française de gynécologie et obstétrique*, novembre, 1933 :

« A condition de rompre la poche des eaux dans la première phase du travail à petite dilatation et avec col effacé et à condition de faire le traitement antispasmodique pour régulariser les contractions, on peut reconnaître au bout de six, huit, dix heures au maximum si l'accouchement pourra se faire par voie haute ou par voie basse. Pour lui, il ne faut pas attendre pour l'engagement plus de dix heures après membranes

rompues aux environs de deux francs, plus de quatre heures après membranes rompues à une paume, plus de deux heures après membranes rompues à dilatation complète. La rupture artificielle précoce des membranes raccourcit l'épreuve. »

FAVREAU, *Journal d'obstétrique et de gynécologie pratiques* juillet 1930.

« Dans la pratique tout est réuni pour commander la décision pendant les quelques heures qui suivent la rupture des membranes (deux à trois heures) parce que c'est le moment limite de la césarienne envisagée comme opération de choix ; c'est le moment où tous les signes d'imperméabilité se trouvent réunis ; une épreuve prolongée risque d'entraîner la souffrance fœtale. »

LACOMME, *Bulletin médical*, 16 décembre 1933 :

« Au moment où il convient de juger cette épreuve c'est-à-dire quelques heures après la rupture des membranes, l'opération est encore à peu près sûre une dizaine d'heures après la rupture des membranes, elle devient un peu risquée entre douze et dix-huit heures et assez dangereuse au delà de vingt-quatre heures. »

Donnons maintenant des opinions glanées dans quelques thèses.

ATTAIX, Thèse, Paris, 1930 :

« L'épreuve du travail peut être prolongée si pendant les premières heures, on constate que la présentation a une tendance nettement progressive à s'engager alors que même cette progression reste lente ; c'est dans ce cas que l'on peut opérer plus de vingt heures après l'épreuve du travail, mais cette épreuve prolongée peut être funeste à l'enfant. »

BENSIMON-TOBY, Thèse, Nancy, 1931 :

« L'épreuve du travail ne peut être jugée qu'à dilatation complète et membranes rompues ou si la rupture est précoce à partir d'une paume ; c'est à ce moment seulement que la contraction devient efficace et oppose la tête au détroit supérieur ; plus tôt la contraction utérine ne fait qu'augmenter la pression intra utérine sans appliquer beaucoup la tête sur le bassin ; l'épreuve dure le plus souvent plus de dix heures et on peut espérer qu'elle aboutira même après quinze ou vingt heures. »

L'HOIR, Thèse Paris, 1932 :

« Attendre si possible la dilatation complète et la rupture des membranes, la tête s'engageant souvent à ce moment seulement. Membranes rompues prématurément, dilatation stationnaire et tête restant élevée : césarienne. Membranes rompues prématurément, tout étant normal, attendre deux heures à partir de la rupture. »

Engagement et physiologie obstétricale pathologiques

Avant d'étudier la conduite clinique de l'épreuve du travail et ses conséquences, rappelons les notions théoriques indispensables qu'il faut toujours avoir présentes à l'esprit si l'on veut conduire judicieusement et interpréter cette expectative armée.

I. — Engagement dans les bassins limites symétriques

a) *Bassin aplati pur* :

Caractérisé par une diminution peu marquée du diamètre antéro postérieur du détroit supérieur avec conservation ou accroissement du diamètre transverse.

L'engagement se fait en transverse, tête légèrement défléchie (le doigt atteint parfois la fontanelle antérieure dont il suivra l'évolution) de façon à faire coïncider son bi temporal plus petit et plus malléable au détroit supérieur ; il se fait par une sorte de mouvement pendulaire autour de la suture sagittale permettant le glissement et le passage successif des bosses pariétales. Le pariétal postérieur tend à descendre le premier et à se loger dans la concavité sacrée ; après quoi le pariétal antérieur descend à son tour en roulant en bas et en arrière derrière le pubis (on voit donc l'intérêt qu'il y a à suivre du doigt pendant l'épreuve du travail les mouvements de la suture sagittale renseignant sur les possibilités d'engagement).

Dans le bassin annelé l'engagement est facile de même l'évolution en oblique et en antéro postérieur dans l'excavation ; la femme a plus de chances d'accoucher seule ; un forceps sera facile (intérêt de pronostic).

Dans le bassin canaliculé l'absence de concavité sacrée gêne le mécanisme de l'asynclitisme postérieur et la rotation dans l'excavation est plus difficile ; la femme a moins de chances d'accoucher seule, un forceps sera plus difficile et plus dangereux (intérêt de pronostic).

b) Bassin généralement rétréci :

Caractérisé par une diminution de tous ses diamètres à tous les étages ; tout est rétréci (et tout sera pénible et difficile) mais de forme normale.

Le diamètre oblique constituant le seul diamètre d'engagement, l'engagement se fait en oblique (intérêt de s'en rendre compte par le toucher afin de voir si la tête s'oriente bien) ; pour obtenir une diminution parallèle de ses dimensions sagittales la tête se met en flexion forcée substituant sa circonférence sous occipito-bregmatique (cette dernière est révélée par le toucher : la petite fontanelle est au centre du bassin ; elle oscille et hésite longtemps avant de prendre une position déterminée ; il faut la suivre).

c) Bassin généralement rétréci et aplati :

Caractérisé là encore par une diminution de tous les diamètres à tous les étages ; mais c'est le diamètre antéro postérieur du détroit supérieur qui est le plus touché.

A cause de la réduction du diamètre transverse l'engagement se fait légèrement en oblique en flexion forcée pour encore substituer la circonférence sous occipito-bregmatique ; la bosse pariétale se place sur les parties latérales du promontoire au niveau des sinus sacroiliaques (même intérêt clinique et maximum de difficultés).

II. — Importance des présentations dans les bassins limites

La présentation du sommet est heureusement la règle.

La présentation de la face est cependant relativement fréquente dans les bassins aplatis limites ; ce n'est d'ailleurs pas une cause de dystocie beaucoup plus grave ; c'est le léger

rétrécissement du bassin qui favorise la déflexion de la tête ; grâce à cette dernière c'est le diamètre bi temporal plus petit qui tend à s'engager (on touche le nez, la bouche et très en arrière le menton). Rappelons l'intérêt thérapeutique des mento sacrées enclavées (indication à la symphysiotomie).

La présentation du front intermédiaire entre la position fléchie du sommet et la position défléchie de la face n'est pas exceptionnelle (on ne touche ni la bouche, ni le menton) ; il n'est pas très rare que la tête au détroit supérieur hésite un certain temps entre le sommet et la face (intérêt de suivre ces deux oscillations) et reste un moment en une attitude intermédiaire ressemblant à une présentation du front amorcée ; l'engagement finit par se faire en face ou sommet. C'est d'ailleurs là un fait heureux car sauf malléabilité extrême de la tête, les dimensions que cette dernière offrirait au détroit supérieur seraient telles que toute tentative d'engagement serait vouée à l'échec. Retenons enfin l'intérêt thérapeutique des présentations du front enclavé (indication à la symphysiotomie) car il y a impossibilité à la progression ou à la rotation de la tête même avec un forceps.

La présentation du siège n'est pas une mauvaise chose dans un bassin aplati pur car la tête dernière transversalisée se défléchit légèrement faisant passer son bitemporal et s'engageant par asynclitisme postérieur ; l'accouchement spontané est à espérer si le siège pas trop volumineux arrive à franchir le détroit supérieur.

Par contre, dans le bassin généralement rétréci la présentation du siège est détestable ; tant soit un peu gros ce serait pour beaucoup, une indication à la césarienne pratiquée dès le début de travail même dans un bassin paraissant limite ; en effet à supposer même que le siège s'engage la position de la tête dernière au détroit supérieur est détestable, car elle n'est jamais assez hyperfléchie et malgré une manœuvre de CHAMPETIER de RIBES reste accrochée trop souvent ; l'enfant est mort né ou l'on est obligé de terminer l'accouchement par une embryotomie (cependant retenir que l'on aura parfois l'occasion de pratiquer une symphysiotomie sur une tête dernière donnant naissance à un enfant vivant, mais c'est là un fait rare (voir observation rapportée à la fin de cette thèse).

III. — Bassins asymétriques et limites

Il s'agit surtout de luxation congénitale unilatérale de la hanche et de coxalgie laissant une asymétrie légère et chez lesquelles le rachitisme associé joue un rôle important dans la dystocie totale.

La configuration asymétrique est surtout intéressante au détroit supérieur ou elle résulte de l'inégalité des diamètres obliques, mais il faut savoir d'ailleurs que l'excavation peut être lésée et que le détroit moyen peut parfois donner des surprises (intérêt clinique de savoir donc que dans certains cas l'engagement au détroit supérieur n'est pas toute la question).

Dans les asymétries peu importantes (les seules qui nous intéressent) deux diamètres du détroit supérieur s'offrent à l'engagement ; le transverse et l'oblique court, car l'oblique long est éliminé. C'est dans cette catégorie qu'entrent encore les bassins viciés par paralysie infantile ou scoliose.

IV. — Rappel de physiologie obstétricale

La durée moyenne du travail normal est de douze à quinze heures chez la primipare et de six à huit heures chez la multipare.

On verra combien ce travail est souvent prolongé dans les bassins limites même avec épreuve positive.

Normalement, au début du travail, les douleurs apparaissent toutes les quinze à vingt minutes durant quelques secondes ; la dilatation avançant, elles se suivent toutes les quatre à huit minutes et durent trente à cinquante secondes ; leur intensité augmente ; à la fin de la période de dilatation, elles sont le plus douloureuses se suivant toutes les trois minutes et durant cinquante à soixante secondes ; pendant la période d'expulsion, elles durent vingt à trente secondes toutes les quatre à cinq minutes. L'accouchement spontané nécessite à peu près cinquante douleurs. On verra à quel point les contractions sont souvent

modifiées au cours de l'épreuve du travail dans tous leurs caractères et la thérapeutique indispensable de cette dystocie physiologique.

La dilatation normalement se fait progressivement et met autant de temps pour aller de 0 à cinq francs que de cinq francs à dilatation complète. Au cours de l'épreuve du travail, elle est irrégulière, traînante, souvent même désespérante pour atteindre cinq francs, car elle est sous la dépendance des contractions souvent troublées, de la tête qui reste élevée très longtemps et de la poche des eaux qui se rompt souvent prématurément.

La poche des eaux classiquement dans l'accouchement normal se rompt spontanément près de la dilatation complète, contribue à la dilatation de l'orifice et à l'expulsion, s'oppose à la souffrance fœtale et protège contre l'injection. Au cours de l'épreuve du travail, il est très fréquent d'assister à la rupture prématurée des membranes et aussi à des troubles paraissant relever de la poche des eaux.

Donnons à ce sujet les idées de certains auteurs modernes en particulier de KREISS :

Ce sont les contractions utérines qui suffisent à elles seules à produire l'effacement et la dilatation.

La pression intra amniotique n'est pas indispensable pour l'expulsion du fœtus.

Les accouchements à durée prolongée avec membranes rompues précocement relèvent plutôt d'une insuffisance de contractions ou d'une insuffisance de formation du segment inférieur ; ils se voient aussi avec membranes intactes.

La poche des eaux formerait une sorte de calotte ayant devancé la tête et sous l'influence des contractions la tête fœtale subirait un choc en retour du flot aqueux dans une cavité close empêchant l'enfant de s'engager.

La rupture de la poche des eaux pratiquée artificiellement au début du travail avec col effacé et petite dilatation faciliterait le contact de la tête avec le bassin, supprimerait le choc en retour et l'accouchement se rapprocherait dans ces conditions sensiblement du cas normal dans lequel la tête était déjà engagée à la fin de la grossesse ou au début du travail ; la qualité des douleurs encore bonne, les contractions encore intenses du début

feraient que l'engagement s'exécuterait plus vite puisque l'on ne serait pas encore dans la phase d'épuisement et de contracture.

Quant à l'infection, il est certain qu'elle est peu à craindre tant que les membranes sont intactes ; il en est de même de la souffrance fœtale. Mais l'épreuve du travail ne peut se juger le plus souvent qu'après membranes rompues depuis un certain temps. Il faut donc pratiquer une asepsie rigoureuse, une auscultation fréquente des bruits du cœur de l'enfant.

Conduite clinique de l'épreuve du travail

En se plaçant sur le terrain clinique, trois éventualités méritent d'être distinguées :

- 1° la femme a été suivie pendant toute la grossesse, l'épreuve du travail a été prévue et c'est le même accoucheur qui va pouvoir surveiller cette dernière en toute sécurité.
- 2° la femme est examinée pour la première fois alors qu'elle est en travail depuis longtemps dans des conditions inconnues et suspectes.
- 3° la femme a subi antérieurement une première opération césarienne.

La première éventualité est la plus intéressante car c'est dans ce cas que l'on pourra comme on dit « pousser à fond » l'épreuve du travail avec le maximum de sécurité dans des conditions bien déterminées.

L'épreuve du travail a été prévue

On a conclu en fin de grossesse à l'existence d'un bassin paraissant limite ; l'examen minutieux n'a relevé aucune contre-indication d'aucune sorte pour empêcher la femme de tenter sa chance d'accoucher par les voies naturelles.

On a décidé l'épreuve du travail ; mais dès que la femme ressent les premières douleurs, elle doit être transportée à l'hôpital ou en maison de santé ; une telle épreuve doit être tentée en milieu chirurgical pour être certain de l'asepsie absolue, assuré d'un personnel compétent et être capable de pratiquer dans les plus brefs délais une intervention par voie haute si la nécessité se présentait ; il ne faut pas en effet oublier que l'on pratique une expectative armée.

Il semble utile de raser la région vulvaire, de la badigeonner ainsi que la face interne des cuisses avec de l'alcool iodé et d'appliquer sur la vulve une gaze stérile maintenue par un bandage en T. On aura eu soin dès le début du travail d'évacuer l'intestin par un lavage ; on surveillera la vessie pour éviter la rétention et surtout l'on pratiquera des touchers rigoureusement aseptiques avec des doigtiers stérilisés.

Dès lors l'accoucheur va surveiller le travail en ayant soin d'avoir constamment à l'esprit les antécédents obstétricaux de la femme, la nature du bassin et de la disproportion avec le fœtus ; il comparera surtout chaque examen avec l'examen précédent car l'épreuve du travail est surtout une épreuve relative ou la notion de progrès dans la marche des phénomènes physiologiques et l'accommodation de la présentation au détroit supérieur importe beaucoup pour le pronostic et le diagnostic d'intervention.

A. — ETUDE DES CONTRACTIONS.

L'examen des contractions au cours de l'épreuve du travail est le point capital. Comme le dit DEMELIN, dans ces cas la dystocie des puissances prend une valeur de premier plan et la tête fœtale pourrait descendre sans la moindre peine si elle était poussée dans un sens favorable par des forces normales.

Les contractions demandent à être observées assez longtemps avant toute thérapeutique, puis on notera leurs modifications fonctionnelles et physiques.

Durée, intensité de la contraction, durée et nature de la pause, rythme avec lequel les deux éléments se présentent, sont les faits principaux à étudier.

Souvent au début de l'épreuve du travail, les contractions sont normales et il n'y a qu'à vérifier leur rythme et leur intensité par leur action sur la dilatation ; le durcissement de l'utérus pendant la contraction est net sans être exagéré ; la durée des contractions régulière et progressive, la durée des pauses indolente ni trop brève ni trop longue, le ralentissement du pouls fœtal après la douleur modéré ; la femme ne souffre pas outre mesure.

Il se peut que les contractions conservent ce caractère pendant toute l'épreuve, que la dilatation avance progressivement, la tête descende, avec une poche des eaux se rompant à une paume ou complète spontanément ou artificiellement ; c'est là le cas idéalement schématique et rare où l'on peut espérer un accouchement spontané avec beaucoup de chances.

Mais trop souvent les contractions se modifient plus ou moins rapidement, faisant traîner le travail, perturbant la dilatation et la formation de la poche des eaux, causant de multiples complications et nécessitant une thérapeutique « médicale » judicieuse.

1^o *L'inertie*. — Parfois c'est une véritable paresse utérine ; les contractions deviennent trop faibles, trop espacées ; la femme dort entre les douleurs, la dilatation n'avance pas et la tête reste élevée.

Dans ce cas, tantôt les contractions faibles sont associées à une véritable *hypotonie* utérine ; la paroi utérine est presque constamment plus flasque, plus molle qu'à l'état normal avec cependant quelques périodes de durcissement intermittent traduisant la contraction qui reste faible ; c'est là une véritable inertie utérine, d'ailleurs rare.

Tantôt, au contraire les contractions faibles, courtes, inopérantes, eu égard à la dilatation coïncident avec une *hypertonie* utérine ; autrement dit dans l'intervalle des douleurs décrites, l'utérus est plus dur, plus tendu qu'il ne devrait être et parfois même légèrement sensible ; ce fait est dû souvent à un excès de liquide, une déviation utérine, une mauvaise formation de la poche des eaux trop tendue.

Quoiqu'il en soit, dans ces cas, la rupture artificielle des membranes est le traitement de choix surtout si la dilatation est arrêtée entre deux ou cinq francs ; il ne faut pas croire à un échec de l'épreuve, mais rompre la poche des eaux. La tête qui descend alors appuie mieux sur le col et réveille les contractions ; le liquide amniotique qui s'échappe diminue le tonus utérin en cas d'hypertonie ; en cas d'inertie vraie avec hypotonie on pourra associer avec prudence l'hypophyse ; en cas d'inertie avec hypertonie il faudra savoir surtout manier la morphine. On voit alors souvent les douleurs reprendre et le travail s'amorcer à nouveau.

2° *La contracture*. — Mais autrement fréquente et difficile à interpréter et à traiter va être la *rétraction* utérine dont *contracture*, *tétanisation*, *rigidité*, sont synonymes.

Les meurtrissures de la paroi utérine pincée entre la tête et les butoirs osseux d'un diamètre pelvien rétréci, les présentations de la face et du front, l'excès de volume du fœtus, les déviations du corps utérin, perturbent les actions musculaires qui cessent d'être synchrones ; les contractions irrégulières et répétées amplifient beaucoup le segment inférieur qui finit par contenir tout le liquide amniotique ; l'absence de ce liquide dans le corps utérin produit l'application directe de celui-ci sur le fœtus, c'est-à-dire la rétraction ; d'autre part, ces perturbations favorisent la rupture prématurée de la poche des eaux augmentant la contracture.

Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une femme dont le travail traîné depuis un certain temps ; le caractère des contractions s'est modifié rapidement surtout après la rupture des membranes.

Les contractions se rapprochent, se multiplient, deviennent de plus en plus fortes et douloureuses ; la femme accuse une douleur particulière souvent localisée dans la région sacro lombaire et pénible ; la pause intercalaire diminue, la dilatation reste stationnaire, la tête ne descend pas.

Si l'on n'est pas intervenu par une thérapeutique convenable ou si cette dernière a échoué, les contractions utérines semblent disparaître progressivement car la durée de la pause est maintenant diminuée beaucoup et de plus douloureuse ; la femme souffre tout le temps, gémit et s'agite ; cette douleur intense et permanente dans la région lombaire est caractéristique (il faut savoir tenir compte du psychisme de la parturiente).

On aura d'ailleurs retrouvé des modifications au niveau de l'utérus ; ce dernier perd sa souplesse dans l'intervalle des contractions pour devenir progressivement d'une dureté permanente et douloureuse au palper ; cet état permanent contrastant avec l'absence de contractions décelables cliniquement est pathognomonique.

Il ne faut d'ailleurs pas confondre avec l'inertie utérine à cause de l'absence clinique des contractions, ni attribuer à la

résistance pariétale ce qui appartient à l'utérus et prendre pour une surface contracturée la surface tendue du dos fœtal.

Cette « dystocie des puissances » est donc capitale ; on verra ses conséquences sur la durée du travail, l'évolution de la dilatation, la formation du segment inférieur, l'état du fœtus et de la mère.

On conçoit l'intérêt qu'il y a à la traiter précocement pour éviter les modifications intimes de la fibre musculaire, l'œdème interstitiel, les ruptures vasculaires intrapariétales, sans compter la souffrance fœtale, l'infection maternelle et la possibilité de rupture utérine.

Outre l'étude des contractions, il faut employer les moyens courants d'exploration pour conduire une épreuve du travail.

B. — INSPECTION.

Par l'inspection, on recherchera une déviation utérine dont on a vu le rôle important pour la redresser ; en cas de rétraction très intense on pourra remarquer un anneau de *BANDL* dont on notera l'ascension vers l'ombilic à mesure que le segment inférieur tiraillé s'allonge, s'amincit, se distend et même se fissure si l'épreuve a été mal surveillée.

C. — PALPATION.

On a déjà vu son importance pour juger des modifications de la contraction.

Le palper mensurateur va renseigner sur la descente de la présentation et sur son accommodation au détroit supérieur ; il n'a de valeur que si une contraction vient appliquer la tête sur le détroit supérieur et si les membranes sont rompues ; on recherchera aussi en même temps le débordement de la tête ; si ce dernier diminue lentement, mais progressivement, on peut espérer l'engagement ; s'il reste stationnaire il faut se méfier ; mais il faut savoir juger avec une contraction utérine normale ou rendue normale par les antispasmodiques.

Si la tête est très élevée, il faut pratiquer la manœuvre de l'engagement forcé, l'abaisser pour ainsi dire avant de se rendre compte des rapports entre son volume et les diamètres du bassin.

Mais il faut savoir que de telles manœuvres ne renseignent que sur l'aire du détroit supérieur ; une tête qui semble pouvoir passer facilement pourrait être arrêtée par un faux promontoire que seul le toucher peut révéler.

D. — TOUCHER VAGINAL.

La pratique du toucher vaginal est du plus grand intérêt, elle permet de se rendre compte des faits suivants :

l'état de la poche des eaux,
la dilatation et l'état du col,
la formation du segment inférieur,
la tendance de la présentation à s'accomoder au détroit supérieur et à s'engager.

1^o *L'état de la poche des eaux :*

Les membranes peuvent rester intactes jusqu'à une paume où complète, coïncidant le plus souvent avec de bonnes contractions.

Il y a des cas où à un moment la poche des eaux intacte est tendue, saillante, coïncidant avec une certaine hypertonie utérine et un arrêt de la dilatation, ces symptômes cédant à la rupture artificielle des membranes.

En fait souvent les membranes se rompent prématurément ; si classiquement c'est une circonstance défavorable, il ne faut pas en exagérer la gravité, ni le fâcheux pronostic. Certes, cette rupture prématurée coïncide souvent avec des troubles de la contraction et l'infection ovulaire devient latente ; mais avec une thérapeutique antispasmodique et sous le couvert d'une asepsie rigoureuse il faut persister dans sa conduite et continuer l'épreuve du travail qui d'ailleurs (ceci est capital) ne peut se juger qu'après un certain temps écoulé depuis la rupture des membranes ; en effet à ce moment là seulement, la présentation

peut avoir tendance à s'engager et on ne peut parler d'échec de l'épreuve du travail avant l'ouverture de l'œuf.

On verra d'ailleurs plus loin qu'il ne peut être question d'heures et que l'épreuve du travail n'étant pas une « question d'horloge », se juge sur un faisceau de symptômes. Le fait que les membranes sont rompues depuis deux et même trois jours n'a pas de valeur absolue si les autres éléments ne présentent rien d'anormal.

2° *La dilatation et l'état du col :*

La dilatation demande à être suivie de près en insistant sur le fait que c'est surtout son caractère progressif ou non qui importe ; une dilatation stationnaire est d'un mauvais pronostic contrairement à une dilatation qui même lentement avance.

On étudiera en même temps l'état du col où il n'est pas rare de trouver des modifications.

Même avec membranes intactes, on peut rencontrer une véritable rigidité spasmodique du col ; ce dernier est très mince, à bords tranchants, tendus et douloureux, restant sans s'ouvrir malgré les contractions et cédant à la rupture artificielle des membranes et à la morphine. Mais c'est surtout quand les membranes se rompent prématurément que la dilatation est perturbée : le col s'agrandit très lentement, irrégulièrement, restant longtemps stationnaire pour à nouveau s'ouvrir sous l'action des antispasmodiques qui régularisent les contractions. Mais l'orifice interne peut rester épais, de plus quand le pincement de la paroi entre la tête et le bassin se prolonge, le col s'œdématie et présente un bourrelet, c'est la rigidité vraie du col qui commence, contre laquelle il faut lutter par l'emploi répété des antispasmodiques ; parfois même malgré le traitement, l'œdème augmente, prend une forme de bague, d'anneau autour du col, lui enlevant son élasticité ; la dilatation n'avance plus et la morphine est trop souvent inopérante à ce moment ; l'infection apparaît, la tête ne s'engage toujours pas et l'enfant souffre.

3° *La formation du segment inférieur :*

Dans les cas favorables, le segment inférieur s'allonge, se tend, s'amincit en prenant peu à peu contact avec la tête jusqu'à se trouver modelé exactement sur elle ; cette accommodation

foëto segmentaire ne sera d'ailleurs bien jugée qu'au moment d'une contraction renforcée même par l'expression abdominale.

Mais il est des circonstances défavorables. Le segment inférieur reste flottant, épais sans contact avec la présentation ; il ne se forme pas, reste médiocrement amplifié, surtout lorsque les contractions n'arrivent pas à rapprocher la tête. En cas de contracture, l'œdème peut gagner le museau de tanche et le segment inférieur sous forme d'une infiltration en masse formant une sorte de calotte épaisse donnant au doigt la sensation de cuir bouilli ; cet état cède rarement aux médicaments calmants et nécessite le plus souvent la césarienne pour éviter la rupture.

Nous ne parlerons pas des épreuves du travail mal surveillées au cours desquelles apparaissent les signes prémonitoires de rupture.

Quant à l'importance du développement de ce segment inférieur au point de vue opératoire, il ne peut être établi de façon certaine *a priori*, c'est à la laparotomie que seulement on s'en rendra compte.

4^o *La tendance de la présentation à s'accommoder au détroit supérieur et à s'engager :*

C'est là surtout l'utilité du toucher vaginal qui va préciser et interpréter les mouvements prémonitoires d'engagement d'une suture ou d'une fontanelle.

Tantôt la tête se présente au détroit supérieur dans un diamètre convenable et en bonne position tenant compte de la nature du rétrécissement ; ce sera là un des meilleurs éléments de pronostic ; quelques contractions suffisent souvent pour l'engager quand à une paume ou à complète, les membranes sont rompues.

Dans les cas plus hésitants avec membranes rompues prématurément, on suivra le mouvement de la suture sagittale qui par ses oscillations prépare l'engagement du pariétal postérieur ; on repérera la fontanelle antérieure, si l'on peut, pour suivre les mouvements de flexion ou de déflexion ; parfois on rencontrera une présentation du front qui hésite longtemps avant de s'engager en face ou en sommet.

Parfois, en cas de rigidité utérine légère faisant suite à des

contractions troublées, la tête s'accommode au détroit supérieur dans une attitude vicieuse et dans un mauvais diamètre ; on trouve une inclinaison exagérée d'un pariétal ; quoi qu'il en soit, il n'est pas rare de voir sous l'influence des antispasmodiques la tête quitter son attitude vicieuse, changer plusieurs fois de position et après s'être présentée sur un bon diamètre et en attitude correcte, se fixer, puis s'engager.

Enfin, dans les cas de contracture marquée avec œdème du col, la tête reste souvent élevée, parfois même au-dessus d'un anneau de BANDL en formation.

Insistons encore sur le fait que la possibilité d'engagement ne peut être jugée que membranes rompues ; si la présentation s'accommode bien, alors même que sa progression est lente, il faut surseoir à la césarienne si les autres éléments du problème le permettent.

Enfin, on notera, quand le travail dure depuis longtemps, une bosse séroangueuse importante, parfois même énorme, pouvant donner l'illusion de l'engagement ; elle peut même quand elle atteint le périnée inciter la femme à pousser et augmenter l'œdème du col ; de même on retrouvera souvent un chevauchement des os du crâne plus ou moins important suivant la malléabilité et pouvant tromper dans la recherche des sutures ; ces deux constatations traduisent que des contractions violentes ont déjà eu lieu et qu'il ne faut pas prolonger outre mesure l'épreuve du travail si la tête ne descend pas.

E. — SIGNES DE SOUFFRANCE FŒTALE.

La modification permanente des bruits du cœur du fœtus, la perte du méconium, la constatation d'une procidence du cordon sont d'une haute importance au point de vue pronostic. Mais les deux premiers faits n'ont pas une valeur absolue et il est fréquent de voir des enfants souffrir sans signes cliniques de souffrance fœtale ; de même on verra que cette dernière peut être simplement passagère et sans suite.

Quoi qu'il en soit, tant que les membranes sont intactes, le fœtus ne souffre pas le plus souvent ; cependant KREISS cons-

tate que l'on est frappé par la fréquence relative des souffrances légères des fœtus tout au début du travail, se traduisant par une perte épaisse de méconium lors de la rupture artificielle des membranes à petite dilatation ; il faut en conclure que l'enfant a traversé des phases d'hypoasphyxie avec ou sans circulaire ; une telle constatation doit faire calmer et espacer les contractions utérines.

Mais il faut surtout craindre la souffrance du fœtus quand les membranes se rompent prématurément ; la seule action des contractions énergiques agit directement sur le fœtus qui n'est plus protégé par le liquide amniotique ; la lutte de la tête contre le détroit supérieur avec mauvaise accommodation, la contraction et l'infection ajoutent d'autres causes de souffrance fœtale (hypoasphyxie, hémorragie méningée).

On voit donc que le diagnostic étiologique de la souffrance fœtale est difficile à poser et cependant très important quant au pronostic ; quoiqu'il en soit, il faut toujours ausculter les bruits du cœur en dehors des contractions ; s'ils sont sourds, ralentis, irréguliers, il faut d'abord employer les antispasmodiques qui souvent les modifieront heureusement en relâchant l'utérus et en diminuant l'hypoasphyxie.

Cette souffrance fœtale peut aussi être la conséquence d'une procidence passagère du cordon, pincée sur une région fœtale et que l'on ne perçoit pas toujours prolabée ; il faut craindre cette procidence à la rupture des membranes, car diagnostiquer de façon certaine par la présence du cordon dans le vagin, elle entraîne la césarienne d'urgence ; aussi faut-il agir avec prudence dans la rupture artificielle des membranes et ausculter immédiatement après les bruits du cœur.

Quant à l'expulsion du méconium, c'est un signe incertain ; constaté il ne faut pas croire fatalement à une souffrance prolongée et grave car il peut disparaître sous l'influence des calmants ; absent il a encore moins de valeur, car les enfants qui souffrent brusquement n'expulsent pas toujours leur méconium ; de plus dans ces bassins limites la tête ou plutôt la bosse séro sanguine obture hermétiquement l'orifice pelvien et empêche l'écoulement du liquide.

Enfin, on notera toujours l'odeur et la teinte du liquide amniotique.

F. — ETAT GÉNÉRAL DE LA MÈRE.

Tant que les membranes sont intactes, le danger d'infection ovulaire est pratiquement nul ; il n'en est plus de même dès que les membranes sont rompues.

La température rectale doit alors être prise toutes les deux heures car l'infection amniotique toujours latente peut brusquement brûler les étapes (voir l'observation rapportée à la fin de cette thèse).

Il faut d'ailleurs savoir que le degré de température n'a pas une valeur absolue ; une température oscillante autour de 37°3 ; 38° est parfaitement compatible avec une intervention par voie haute même après deux ou trois jours de travail ; on est souvent même intervenu avec une température de 38°2, 38°3 (voir les observations rapportées à la fin cette thèse). Il semble d'ailleurs que pour apprécier la nature et le degré d'infection, il faille tenir compte aussi du pouls, de la possibilité de frissons, de l'état général avec angoisse et agitation, de la sécheresse de la langue.

L'étude du liquide amniotique a son intérêt ; au lieu de la couleur blanchâtre, savonneuse, il peut être : légèrement teinté jaunâtre, franchement jaune et épais, « véritablement purée de pois », sans avoir de conséquence clinique et thérapeutique bien importante ; par contre le liquide nauséabond, fétide et vert a une importance capitale au point de vue de l'intervention.

Mais il faut savoir que si le nombre de cas infectés augmente en fonction du temps, il semble difficile de préciser le degré d'infection d'après le nombre d'heures écoulé depuis la rupture des membranes ; aucun critère bactériologique ne peut actuellement contrôler les symptômes cliniques dits d'infection.

Cependant, pour RISHCHER, cette infection serait surtout à craindre quand la poche des eaux est rompue depuis plus de dix heures et une fois sur deux on trouverait les germes du vagin dans l'œuf deux heures après la rupture des membranes.

On comprend l'importance de cette infection amniotique, locale et latente qui peut précéder l'apparition de la fièvre ; elle guérit spontanément si l'accouchement a été naturel, mais peut s'exalter si l'utérus a été incisé ; comme l'intervention faite après l'épreuve du travail est toujours pratiquée sur un cas impur et comme on ne possède aucun critère absolu précisant le degré d'infection, on comprend la possibilité, rare il est vrai, de surprises post opératoires désagréables (voir l'observation rapportée en fin de cette thèse).

Enfin l'infection même latente paralysant le travail favorise la contracture utérine et contribue à la souffrance fœtale.

En résumé la conduite clinique de l'épreuve du travail doit être une surveillance de tous les instants.

Retenons l'importance de la contraction utérine qui reste la grande inconnue du problème au cours de la grossesse et qui commande la plupart des complications rencontrées au cours du travail.

Si certains bassins limites donnent plus d'ennuis que ne semblaient en comporter l'obstacle et le fœtus, c'est que le muscle s'est mis de la partie, donnant lieu à une dystocie d'une difficulté disproportionnée avec celle reconnue pendant la grossesse.

Si ces anomalies de contractions ne peuvent être qu'un ennui passager et curable, elles peuvent aussi mener à des complications plus graves, telle la contracture exposant à la souffrance du fœtus, retardant le travail, favorisant l'infection de l'œuf et de la paroi utérine avec œdème du col, rigidité et paralysie définitive du muscle utérin.

Schématisation des cas cliniques au cours de l'épreuve du travail

Essayons de concrétiser les éventualités cliniques devant lesquelles l'accoucheur va se trouver au cours de l'épreuve du travail.

1^{er} CAS.

Les contractions restent normales et « portent » pendant toute l'épreuve.

La dilatation se fait régulièrement et rapidement.

Le col reste souple et le segment inférieur se développe bien.

La tête descend et se fixe rapidement avec une bonne accommodation.

Les membranes restent intactes et se rompent à une paume ou on les rompt artificiellement à cette dilatation.

La tête qui ne demandait qu'à s'engager, s'engage alors rapidement ; en tous cas tout est pour le mieux, car même si l'engagement ne se produit pas immédiatement, l'épreuve du travail va maintenant être rapidement jugée.

Les craintes d'infection et de souffrance fœtale sont minimales.

On peut espérer un accouchement spontané ou bien, ce qui est plus rare si l'intervention par voie haute est nécessaire, cette dernière sera pratiquée en toute tranquillité.

C'est le cas idéal, mais rare.

2^e CAS.

Les contractions d'abord normales se modifient, elles deviennent peu nombreuses et faibles, sans effet sur la dilatation et la descente de la tête.

Une hypertomie du muscle utérin ou un spasme du col peuvent être associés.

Le col quoique effacé reste aux environs de 2 à 5 francs.

Il faut rompre les membranes avec soin pour éviter une procidence. Ceci fait, souvent la tête descend, s'adapte au détroit supérieur et le travail reprend, aidé pour certains par un peu d'hypophyse, manié prudemment et toujours associé à la morphine ou à ses dérivés.

C'est là d'un bon pronostic ; mais parfois malgré le traitement la situation persiste, le travail ne reprend pas et la contracture apparaît.

3^e CAS.

Les contractions étaient normales, parfois un peu irrégulières, mais calmées par la morphine jusqu'au moment où les membranes se rompent prématurément aux environs de 2 francs.

Tantôt la tête n'attendait que cette rupture pour bien se fixer puis s'engager ; le pronostic est bon.

Tantôt au contraire une telle rupture paraît être une circonstance défavorable. Mais il faut savoir attendre, il est rare que l'engagement se produise rapidement ; il n'y a rien d'urgent, l'infection quoique latente n'est pas encore à craindre ; l'engagement peut demander des heures, un jour, deux jours, parfois même trois jours. Il faut surtout alors surveiller tous les éléments de l'épreuve du travail que nous avons étudiés pour poser, quand cela sera nécessaire, les indications à l'intervention.

Diverses évolutions vont se rencontrer :

a) Quoique l'engagement fût long à s'effectuer, la tête prend contact avec le détroit supérieur ; les contractions ne sont pas trop troublées, la dilatation progresse et la présentation plonge progressivement sans bosse séro sanguine trop volumineuse et sans chevauchement considérable des os du crâne ; on peut encore là espérer un accouchement par les voies naturelles mais cependant long et laborieux.

b) Après la rupture prématurée des membranes, les vices

de la contraction apparaissent ; c'est là un cas fréquent qu'il faut traiter judicieusement par les antispasmodiques, car alors le travail reprendra son cours normal. Des contractions irrégulières, exagérées apparaissent, elles sont rapprochées ; l'utérus est tendu, douloureux entre les douleurs, le travail n'avance pas ; malgré les contractions violentes la dilatation reste stationnaire, le col s'œdématie légèrement, le fœtus souffre par intermittences, les bruits du cœur sont par moment soufflants et irréguliers, le liquide amniotique est un peu teinté, la femme est agitée.

A la dystocie osseuse, s'est associée une dystocie musculaire du corps et du col qui maintenant commande le pronostic ; il faut avant tout rétablir normaux les phénomènes physiologiques.

Sous l'influence des injections de calmants variés, les contractions se régularisent, les périodes de repos deviennent plus nettes, le muscle utérin s'assouplit, les signes de souffrance fœtale disparaissent ; enfin loin d'arrêter la dilatation du col, la morphine la facilite grandement ; « il n'est pas rare de voir en peu de temps une dilatation qui paraissait s'éterniser aux environs de 2 à 3 cm. tendre à devenir complète. Si au bout de deux à trois heures l'action de la spasmalgine semblait s'éteindre, rien n'est plus simple que de faire une seconde injection ». (JEANNIN).

On peut ainsi au cours de l'épreuve du travail avoir à intervenir « médicalement » et plusieurs fois avant de prendre une décision ; en effet le travail peut reprendre et sous l'influence des contractions à nouveau rythmées la tête pourra s'engager après un temps plus ou moins long ; mais la surveillance stricte est de rigueur pour parer aux échecs.

c) Mais parfois c'est l'échec du traitement « médical », souvent d'ailleurs après plusieurs tentatives et des alternatives d'amélioration et d'aggravation de la dystocie musculaire.

Les contractions utérines restent faibles mais surtout la contraction utérine persiste ; la femme souffre continuellement et dans la région sacro lombaire elle s'agite et veut se lever tant la douleur est insupportable. La dilatation reste station-

naire et le col insuffisamment effacé s'œdématie ; le segment inférieur s'amincit et devient douloureux ou bien il reste épais ; l'utérus est continuellement tendu, réfracté et douloureux.

La tête se présente au détroit supérieur en mauvaise position et dans un diamètre trop petit et elle persiste dans cette accommodation vicieuse ; ou bien elle reste franchement mobile et ne prend contact avec le segment inférieur qu'au prix d'une bosse séro sanguine énorme et trompeuse ; un chevauchement marqué des os du crâne traduit la violence des contractions restées sans effet. La souffrance fœtale apparaît et persiste ; l'infection ovulaire est déclarée.

Morphine et antispasmodiques échouent, il faut intervenir sans attendre les signes manifestes de souffrance fœtale et d'infection ovulaire patente, sinon la mère et l'enfant courent des risques graves.

d) C'est surtout au cours de l'épreuve du travail avec membranes rompues prématurément que les indications d'intervenir d'urgence apparaissent :

soit brusque souffrance fœtale (on verra plus loin les difficultés à interpréter les causes de cette souffrance).

soit procidence du cordon après la rupture des membranes ; on trouve le cordon dans le vagin.

soit infection brûlant les étapes.

Pronostic de l'épreuve du travail en cours

Peut-on au cours de l'épreuve du travail prévoir l'évolution et la terminaison de l'accouchement ?

Sur quels éléments appuyer son pronostic ?

Ces éléments sont :

les antécédents de la femme,
les données statistiques étudiées à la fin de la grossesse,
les données dynamiques étudiées au cours de l'épreuve du travail.

a) Sont d'un bon pronostic et permettent d'espérer un accouchement spontané :

les éléments statistiques favorables remarqués en fin de grossesse et étudiés précédemment,
les contractions utérines régulières et énergiques, un utérus souple entre les douleurs,
la formation régulière d'une poche des eaux pas trop tendue,
une descente progressive de la tête qui se fixe au détroit supérieur avec une bonne accommodation,
la rupture spontanée ou artificielle des membranes à une paume ou complète,
une tête qui appuie rapidement sur le segment inférieur après rupture des membranes,
une dilatation régulière progressive et sans œdème,
l'absence de complications tant du côté de la mère que de l'enfant.

b) Sont d'un pronostic moins bon nécessitant une surveillance continue et un traitement « médical » pour espérer cependant un accouchement spontané :

les éléments statistiques défavorables remarqués en fin de grossesse et étudiés précédemment,
les contractions utérines, irrégulières dans leur force, leur rythme et intensité,
un utérus légèrement tendu et douloureux entre les contractions,
la rupture prématurée de la poche des eaux,
un arrêt momentané de la descente de la tête,
une dilatation stationnaire non proportionnelle à la durée du travail avec léger œdème,
une tête qui s'accommode mal au détroit supérieur :
flexion forte,
déflexion exagérée,
changements fréquents de position,
inclinaison latérale exagérée.
les modifications passagères du bruit du cœur avec liquide teinté de méconium,
une température autour de 37°8-38°-38°2.

Mais il faut savoir que de tous ces éléments aucun, isolé, n'a de valeur absolue en lui-même et que la morphine employée à bon escient peut en faire disparaître le plus grand nombre et donner lieu à un accouchement spontané même après un, deux ou trois jours de travail.

c) Pour porter un pronostic nettement défavorable les éléments statiques étudiés en fin de grossesse jouent un rôle beaucoup moins important ; par contre les éléments dynamiques qui suivent présentent le plus grand intérêt car ils ne cèdent plus à l'action des anti spasmodiques :

les contractions subintrantes et rapprochées « fondues » presque dans la téτανisation utérine,
un utérus tendu, dur et douloureux,
un segment inférieur tendu et aminci ou épais et œdématisé,
des plaintes continuelles de la femme accusant une douleur vive et permanente,
une dilatation qui n'avance plus, voire qui régresse entourée par une bague d'œdème,

une présentation qui ne descend plus, déborde le plan de la symphyse pubienne ou essaye de s'accommoder dans un mauvais diamètre,
une présentation de la face dans un bassin généralement rétréci,
une présentation du front qui persiste,
une bosse séro sanguine énorme avec important chevauchement des os du crâne,
les modifications des bruits du cœur qui prennent un caractère permanent avec un liquide fortement teinté et altéré.

(Il ne faut pas attendre les signes manifestes d'infection ovulaire, ni les signes patents de la souffrance fœtale, ni les symptômes prémonitoires de rupture pour intervenir.)

Diagnostic théorique d'intervention

C'est là le point délicat de l'épreuve du travail, il a soulevé de multiples discussions.

Sauf urgence ou indication nette, quel moment choisir pour interrompre l'expectative armée avec la conviction d'avoir laissé à la femme le maximum de chances d'accoucher seule et aussi de faire courir des risques graves à la mère (infection, rupture) et à l'enfant (souffrance, mort) si l'on continuait à tenter l'épreuve du travail ? C'est aussi le moment opportun qu'il faut choisir pour pouvoir pratiquer une intervention abdominale conservatrice avec le minimum de risques.

Autrement dit encore, c'est l'importante question de la durée de l'épreuve du travail qui est soulevée.

On a déjà rencontré, dans un des chapitres précédents, les opinions de divers auteurs.

Il semble que les uns préconisent une durée insuffisante et que d'autres s'appuient sur des chiffres trop mathématiques.

Le nombre de contractions importe, mais n'est pas tout, car il faut tenir compte de leur effet, de leur nombre avant la rupture de la poche des eaux et du degré de dilatation quand les membranes se rompent.

Quel que soit l'intérêt présenté par la méthode de KREISS, elle paraît trop mathématique et son cadre trop rigide ; si les idées ont évolué sur l'utilité de la poche, il ne faut pas cependant oublier que tant que les membranes sont intactes, on ne craint ni l'infection, ni la souffrance fœtale. « Les accoucheurs modestes ne doivent pas priver systématiquement le fœtus de la protection du sac membraneux » (COUVELAIRE).

D'ailleurs en cas de bassin limite la rupture prématurée, spontanée de la poche des eaux est fréquente.

Il nous semble être dans le vrai en disant :

avec BROUHA : « les vertus obstétricales, l'expérience clinique, la patience, la perspicacité et l'endurance décideront du sort de l'épreuve du travail ».

avec RIVIÈRE et BOURCIER : « c'est une question d'espèce ; il est impossible de fixer une limite d'heures ; les données du problème sont difficiles à apprécier, leur conclusion encore plus ; le sens clinique, l'appréciation et la tendance personnelles jouent un rôle ».

En résumé, l'épreuve du travail n'est pas une question « d'horloge » : elle s'accommode mal de chiffres, si le temps joue un rôle important dans le pronostic et le diagnostic d'intervention, il n'est pas tout et l'ensemble des éléments statiques et dynamiques étudiés dans les pages précédentes entrent en jeu dans le diagnostic pratique d'intervention qui avant tout est une question de cas particulier.

Diagnostic pratique d'intervention

Il se présente sous deux aspects bien différents :

I. — L'intervention s'impose d'urgence

Il y a modification brusque d'un facteur important et quel que soit l'état des autres éléments il faut intervenir immédiatement pour parer aux complications. C'est là une éventualité qui peut se voir malgré une surveillance rigoureuse et à laquelle il faut être en état de répondre :

a) une procidence du cordon apparaît brusquement surtout au moment de la rupture des membranes ; le diagnostic ne fait pas de doute car on trouve une anse dans le vagin ; il faut intervenir sur le champ par voie haute (la version par manœuvres internes conserve de très rares indications si les membranes viennent de se rompre, si la dilatation est complète et si l'on a affaire à un bassin aplati, pur et suffisant).

b) une brusque souffrance fœtale d'autant plus difficile à dépister que la perte de méconium est inconstante ; certes on ne doit pas se laisser dépasser par les événements et attendre la souffrance patente de l'enfant pour intervenir, mais parfois les modifications apparaissent rapidement sans qu'on ait pu les soupçonner et elles persistent. Elles sont surtout difficiles à interpréter pouvant être dues à une hypoasphyxie du fœtus par rétraction, à l'infection amniotique, à une circulaire, à une compression du cordon qui persiste. Mais elles peuvent être dues aussi à des lésions cérébro-méningées relevant des causes précédentes comme de la lutte persistante de la présen-

tation contre le détroit supérieur. Il ne faut donc pas être étonné d'extraire parfois par césarienne un enfant mort ou mourant par la suite d'hémorragie méningée ; c'est là un fait lamentable qui se présente parfois et c'est un des principaux inconvénients de l'épreuve du travail trop prolongée pour le cas d'espèce auquel on avait affaire. Mais c'est aussi un des points les plus difficiles à élucider car il est toujours délicat d'apprécier le degré de souffrance fœtale et son étiologie : les signes classiques peuvent en effet manquer et une hémorragie méningée peut relever de simples troubles circulatoires par rétraction utérine comme d'un traumatisme cranien.

c) l'infection amniotique latente brûle brusquement les étapes sans phase intermédiaire. Jusque-là, la température était normale ou aux environs de 37°5 c'est-à-dire sans valeur, brusquement elle s'élève à 39°, il faut intervenir d'urgence par voie haute et par hystérectomie si l'enfant est encore vivant.

d) enfin une présentation de la face enclavée en mento postérieure ou une présentation du front qui persiste enclavée nécessitent une intervention qui n'est pas absolument d'urgence mais doit être cependant pratiquée : c'est la symphysiotomie à la ZARATE.

II. — L'urgence ne se pose pas, mais il faut intervenir

C'est là le véritable point névralgique de l'épreuve du travail. Pour décréter l'intervention, il faut se baser sur l'étude des éléments examinés dans les pages précédentes, sur leur valeur absolue et relative, sur leur comparaison mutuelle dans le temps (on sait en effet l'importance de la progression dans l'épreuve du travail, si lente soit-elle) et sur leur réaction aux antispasmodiques.

L'intervention doit être décidée quand :

1° la tête non engagée est rigoureusement arrêtée dans sa progression soit parce qu'elle déborde le plan de la symphyse

malgré de bonnes contractions ou que, très ossifiée, elle ne puisse se laminer ; elle se fixe encore dans un mauvais diamètre avec une accommodation défectueuse ou une inclinaison vicieuse ; tous ces faits persistant malgré un traitement antispasmodique en cas de dystocie musculaire.

2° le contact de la tête avec le segment inférieur ne s'établit qu'au prix d'une bosse séro sanguine énorme et trompeuse, avec chevauchement important des os du crâne traduisant l'existence de contractions violentes qui n'ont pas abouti et une lutte déjà prononcée et ancienne de la présentation contre l'obstacle osseux.

3° des contractions irrégulières, arythmiques, sans effet sur la dilatation et la progression de la tête, avec douleur persistant entre elles et utérus tendu et douloureux ne cédant pas aux injections répétées de calmants ; à plus forte raison quand on constate l'existence d'une rétraction utérine définitive ;

4° la dilatation reste stationnaire ne correspondant pas à la durée du travail, au nombre et à la puissance des contractions, d'autant que l'œdème persiste et que la morphine et ses dérivés restent inopérants.

De telles constatations vont d'ailleurs en général avec des phases de souffrance fœtale passagères et une légère élévation de température aux environs de 38°, mais ces faits considérés isolément n'ont pas l'importance des quatre éléments étudiés plus haut dont la persistance malgré le traitement « médical » doit entraîner le diagnostic d'intervention.

L'épreuve du travail paraît être ainsi « poussée assez loin » pour que l'on puisse la considérer comme négative et on n'a pas attendu les symptômes manifestes de souffrance fœtale pour intervenir, ni les signes patents d'infection maternelle. L'intervention sera en général pratiquée dans des conditions satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Ainsi donc la durée du travail et le nombre d'heures écoulé depuis la rupture de la poche des eaux n'entrent en jeu que par leurs conséquences, la nature et la progression des phénomènes physiopathologiques qui se sont écoulés pendant ce temps.

D'ailleurs, d'une façon générale, les quatre éléments étudiés

en faveur de l'intervention vont de pair : troubles de la contraction, arrêts et modifications de la dilatation, non progression de la tête.

Mais cependant il est des cas où le diagnostic d'intervention est encore plus difficile car les éléments sont discordants et le faisceau de faits permettant de faire cesser l'expectative est dissocié :

la tête ne déborde pas, mais elle est en attitude mauvaise s'accommodant suivant un diamètre défectueux,
l'attitude est bonne, mais la tête est tangente.

Dans ces conditions, c'est encore l'étude de la dystocie musculaire qui va importer pour le diagnostic d'intervention ; si elle est peu marquée ou si elle cède au traitement « médical », on peut encore temporiser, sinon il faut mieux intervenir : d'autres impondérables et la tendance personnelle plus ou moins interventionniste jouent en faveur de telle ou telle décision. Enfin, c'est dans ces cas très douteux que l'on pèsera avec encore plus de jugement en les comparant, l'âge et la parité de la femme, le nombre d'enfants vivants, la nature du bassin, la moindre suspicion de souffrance fœtale permanente ou d'infection ovulaire déclarée faisant craindre pour le pronostic maternel, ces deux derniers signes indiquant que l'on se trouve à la limite de l'expectative raisonnable et prudente.

Tel est le diagnostic d'intervention, on voit sa difficulté réelle car il ne repose sur aucun critère absolu et il doit être porté après mûre réflexion, ayant en mains tous les éléments du problème sans en négliger aucun.

**La femme est examinée pour la première fois
en travail depuis longtemps
et dans des conditions inconnues et suspectes**

C'est là un cas tout différent du précédent.

Une femme dont la dystocie limite a été méconnue entre en travail, les heures s'écoulent, les contractions se modifient, la dilatation n'avance pas, la tête reste élevée, l'enfant souffre ; parfois on a essayé des tentatives d'extraction par voie basse ou on a manié sans raison l'hypophyse ; la femme est transportée plus ou moins longtemps après la rupture des membranes à l'hôpital où à la clinique.

On l'examine pour la première fois.

Il faut s'enquérir des antécédents et pratiquer un examen tant obstétrical que médical.

Il faut avoir des renseignements précis sur :

la nature et le nombre des touchers pratiqués trop souvent
dans des conditions d'asepsie douteuse,
le nombre d'heures écoulé depuis le début du travail et la rupture de la poche des eaux.
la nature du liquide amniotique,
l'état de contracture de l'utérus,
la souffrance fœtale possible,
la température de la parturiente,
les interventions intempestives pratiquées :

tentatives de forceps au détroit supérieur sur un col par
fois incomplètement dilaté,
incisions du col avec forceps,
tentatives de version,
injections d'hypophyse.

L'examen pratiqué, deux éventualités se présentent encore :

A. — L'intervention s'impose d'urgence

a) Nous n'insisterons pas sur les cas où l'infection brûle les étapes et sur la constatation d'une procidence du cordon, ce sont là des faits déjà vus.

b) Plus intéressante est l'imminence de rupture utérine. c'est là surtout qu'elle est rencontrée, car l'épreuve du travail n'a pas été surveillée et des thérapeutiques plus ou moins intempestives ont été pratiquées.

L'utérus est tendu ; son corps est très dur, d'une dureté permanente et douloureuse, il est séparé du segment inférieur très distendu, aminci et douloureux par un anneau de Bandl très élevé, situé près de l'ombilic et donnant lieu à une vague forme de sablier. La tête paraît très superficielle au-dessus de la symphyse à travers le segment inférieur très mince ; le fœtus est entièrement immobilisé dans la gaine utérine rétractée sur lui et l'enserrant véritablement. Les bruits du cœur de l'enfant sont très modifiés, souvent même le fœtus est mort. Mais il est fréquent que toute manœuvre par voie basse sur cet utérus tétanisé avec le plus souvent une dilatation du col incomplète soit impossible et même à éviter car elle serait catastrophique. L'intervention par voie haute s'impose donc parfois pour sauver la mère si ce n'est l'enfant dont l'intérêt passe au deuxième plan. Parfois on trouve une rupture de l'utérus manifeste ou elle se produit sous l'œil de l'opérateur (ANDÉRODIAS).

c) Plus difficile à discuter est l'intervention d'urgence pour souffrance fœtale manifeste. On a déjà vu précédemment les difficultés qu'il y avait à l'interpréter et à conclure une étiologie. C'est dans ce cas encore plus difficile. En effet, outre l'infection amniotique et les tentatives d'engagement répétées, la rétraction utérine déclanchée trop souvent par des injections d'hypophyse pratiquées sans raison et les tentatives brutales d'extraction par voie basse compromettent encore plus la vitalité du fœtus. Il serait lamentable de « blesser » une femme pour extraire un enfant mort ou mourant dans les jours qui suivent ;

si la souffrance fœtale est la seule indication d'intervenir, il vaut mieux, dans les cas où l'avenir du fœtus paraît compromis, pratiquer une basiotripsie sous chloroforme et après une ou deux injections de morphine pour relâcher l'utérus toujours contracturé; la symphysiotomie, quand elle est possible, vient encore là résoudre la question au mieux des intérêts de la mère et de l'enfant.

Mais c'est là un fait très délicat. Apprécier la capacité vitale de l'enfant est très difficile; on a pratiqué avec bon résultat des césariennes après tentatives d'extraction au forceps avec bosse séro sanguine importante et chevauchement considérable des os du crâne; inversement on a commis des erreurs et extrait par césarienne des enfants morts ou mourants dans les jours qui suivent. Dans ce cas il faut savoir non seulement apprécier le pronostic fœtal (et c'est très difficile) mais encore tenir compte de l'âge, de la parité de la mère, de la possibilité de nouvelle grossesse et du nombre d'enfants vivants. C'est essentiellement une question de cas particulier, on ne peut ériger de règles fixes.

B. --- La question d'urgence ne se pose pas

Si on ne trouve aucune raison d'intervenir d'urgence, il faut rester sur l'expectative armée et après avoir régularisé les contractions par une injection de spasmalgine suivre, le temps nécessaire, l'évolution du travail pour juger des conditions dans lesquelles il s'exécute. Par la suite, on aura à discuter le diagnostic d'intervention comme on l'a déjà fait. Mais d'une façon générale on aura tendance dans ce cas à raccourcir la durée de l'épreuve du travail, à être plus interventionniste et à l'être plus tôt. En effet :

la femme est dans un état latent d'infection sur lequel on a encore moins de renseignements et dont il faut se méfier plus car des touchers aseptiques ont été pratiqués,
la souffrance fœtale est toujours plus importante,
la femme est plus fatiguée; ses forces sont plus épuisées; elle résistera moins au shok opératoire, à l'hémorragie et à l'infection.

La femme en travail a subi antérieurement une césarienne

C'est une femme qui doit être surveillée avec une attention encore plus rigoureuse. On a vu, au chapitre du pronostic du bassin limite en fin de grossesse, le problème en cas d'antécédents de césarienne haute. On risquait de pratiquer une deuxième césarienne inutile ou d'assister à la rupture de l'utérus (4 % des cas).

Il semble qu'avec la césarienne basse le problème ait changé d'aspect car la cicatrice sur le segment inférieur est plus solide ; le pourcentage de rupture calculé sur le chiffre des femmes redevenues enceintes après une première césarienne basse atteint 1/400 au plus.

Quoi qu'il en soit dans ce cas la conduite de l'épreuve du travail en milieu chirurgical s'impose de façon encore plus formelle.

Lorsque la femme a subi une première césarienne basse pour toute autre cause qu'une disproportion entre le fœtus et le bassin, il n'y a qu'à laisser aller les choses en surveillant le travail.

Si la première césarienne basse a été pratiquée pour bassin limite, on peut à nouveau tenter l'épreuve du travail (CATHALA et PAQUET ne sont pas de cet avis).

Cependant si le bassin n'est pas trop rigoureusement limite, si l'enfant n'est pas trop gros et la présentation normale, on peut tenter l'épreuve du travail et quand tout s'annonce favorablement, on peut escompter la traversée de la filière génitale sous l'influence des contractions utérines.

Au cours de cette épreuve du travail, il faut prêter attention à la moindre douleur, à la moindre malaise, à la moindre perte

de sang, proscrire absolument l'hypophyse, se servir judicieusement des antispasmodiques et éviter de « pousser à fond » l'expectative armée. Enfin, si l'épreuve du travail est positive, on terminera par un forceps.

Il n'est pas rare ainsi de voir l'épreuve du travail couronnée de succès lors d'un deuxième accouchement ; les troubles de la contraction ou de la dilatation, la souffrance fœtale ou l'infection amniotique qui ont forcé la main lors d'un premier accouchement peuvent ne plus exister ; la tête fœtale même plus volumineuse peut être plus réductible ; un front, une face, une accommodation au détroit supérieur dans un mauvais diamètre qui dans les antécédents avaient forcé à l'intervention peuvent ne plus se représenter. Enfin, la multiparité peut à la rigueur permettre une symphysiotomie.

L'avis de HAUCH résume bien la question :

« Je n'ai pas peur de l'épreuve du travail bien surveillée avant la césarienne éventuelle, même si c'est une césarienne répétée, mais je serais naturellement plus disposé à faire l'opération et à la faire plus tôt quand il y a, avec une dystocie pelvienne, une présentation défavorable de la tête. » Et, pourrait-on ajouter, des troubles de la contraction et de la dilatation.

La thérapeutique pendant l'épreuve du travail

L'expectative armée n'est pas tout pendant l'épreuve du travail et l'on doit savoir agir à propos pendant son cours.

Bien qu'ils paraissent sans importance, les « petits soins » chez une femme dont le travail va durer longtemps et qui a besoin de conserver la plénitude de ses forces ne sont pas à négliger :

pansement stérile maintenu en permanence sur la région vulvaire rasée et désinfectée à l'alcool iodé,
surveillance rigoureuse de la vessie,
prise de la température toutes les deux heures quand les membranes sont rompues,

Laisser la parturiente dans un milieu calme et lui faire boire régulièrement des liquides nutritifs et sucrés pour éviter la fatigue, la déshydratation et la sécheresse de la langue.

On devra surveiller l'utérus et redresser une déviation (on a vu son importance) par un bandage ou en faisant coucher la femme en décubitus latéral convenable.

Mais là ne se borne pas l'activité de l'accoucheur, il doit savoir se servir à bon escient du perce membranes, de la seringue à morphine et à hypophyse.

Il y a des cas (on l'a vu) où il n'y a pas à intervenir si ce n'est pour rompre aux environs d'une paume les membranes restées intactes.

Mais il est d'autres éventualités au cours desquelles il doit rompre précocement la poche des eaux :

un certain degré d'hypertonie utérine avec inertie et insuffisance de contractions (due souvent à l'hydramnios).

un spasme du col tendu et douloureux entravant la progression de la dilatation.

une inertie vraie avec hypotonie utérine, la femme s'endormant entre les douleurs qui s'espacent, la dilatation ne progressant plus.

Dans ces cas où le col est effacé (condition nécessaire) il faut rompre les membranes.

Trois idées directrices doivent dominer cette rupture artificielle et précoce des membranes.

- 1° Il faut la pratiquer avec prudence laissant le liquide s'écouler progressivement pour éviter la procidence du cordon et la souffrance fœtale (ausculter les bruits du cœur).
- 2° Il faut savoir que le palper mensurateur ou l'essai d'engagement forcé prennent à ce moment seulement toute leur valeur.
- 3° L'épreuve du travail ne pouvant se juger qu'à partir de la rupture des membranes, on se trouve dès ce moment en présence d'un cas impur et on doit redoubler de précautions pour dépister l'infection amniotique et la souffrance fœtale.

Enfin et surtout à l'aide d'injections antispasmodiques et d'hypophyse on va pouvoir régulariser les contractions utérines et modifier cette « dystocie musculaire » dont on connaît l'importance dans le pronostic de l'épreuve du travail.

La spasmalgine et le chlorydrate de morphine sont les meilleurs médicaments de la fibre utérine par leur action sur le spasme.

Certaine spécialité présentée en ampoules d'un centimètre cube contient de la paravérine et du xantopon qui vont agir sur l'élément douleur et de l'atrinol qui va influencer l'élément spasmodique.

On conçoit donc que leurs indications soient fréquentes au cours de l'épreuve du travail :

état de contracture utérine à tous ses degrés après rupture prématurée des membranes avec dilatation stationnaire et souffrance passagère du fœtus,

hypertonie du muscle utérin par hydramnios (thérapeutique adjuvante après rupture de la poche des eaux), spasme du col isolé ou rigidité de ce col et du segment inférieur associés à un début d'œdème et de contracture utérine.

On peut ainsi voir le cours des contractions se rétablir, le travail reprendre, la dilatation progresser et un accouchement par les voies naturelles terminer l'épreuve du travail.

On peut sans danger répéter les injections ; on sera même surpris de voir les bruits du cœur du fœtus se régulariser, car la rétraction utérine disparaît et la tête changer de position pour s'accommoder au détroit supérieur suivant un diamètre convenable.

L'emploi du lobe postérieur d'hypophyse est beaucoup plus délicat.

Notre maître, le Professeur BRINDEAU ne la préconise pas.

CATHALA emploie cependant des petites doses, 1/5, 1/4 de centimètre cube en cas d'inertie utérine, après rupture artificielle des membranes.

POUR JEANNIN « la combinaison de l'hypophyse et de la spasmalgine constitue une méthode féconde en succès, un médicament corrigeant l'autre et tous deux tendant à agir sur la marche du travail, l'un en renforçant la contractilité utérine, l'autre en combattant la résistance cervico-segmentaire ; l'injection séparée des médicaments à un quart d'heure d'intervalle est préférable à l'injection simultanée, car la puissance de l'hypophyse en constitue le danger et les accidents que son emploi a entraînés ont pu aller jusqu'à la rupture utérine ».

On peut en conclure que l'hypophyse employée avec un utérus tendu par un hydramnios, blessé par une césarienne antérieure ou en état de contracture utérine aboutirait souvent à des désastres.

Il semble donc qu'il faille être très prudent dans son emploi car on peut avoir mal jugé la disproportion existant entre le fœtus et le bassin et outre les accidents que la mère peut courir, l'hypophyse peut par sa « tempête de contractions » renforcer l'hypoasphyxie du fœtus et être la cause d'une hémorragie méningée sans compter les essais infructueux d'engagement avec frottement important.

La thérapeutique après l'épreuve du travail

Il s'agit d'étudier maintenant les traitements par voie haute ou par voie basse qui vont terminer l'épreuve du travail.

A. — L'épreuve du travail est positive

Autrement dit la tête s'est bien engagée, aucun obstacle, aucune disposition vicieuse de l'excavation ne s'opposent à sa rotation. Il s'agit tout au plus de thérapeutique simple par voie basse pour terminer parfois l'accouchement.

Diverses éventualités vont se rencontrer :

1^o la dilatation est complète, les bruits du cœur sont bons, il n'y a pas de température, la femme n'est pas fatiguée : on laisse l'accouchement se terminer spontanément, sauf cependant en cas d'utérus antérieurement hystérotomisé ; un forceps alors supprime les efforts de la période d'expulsion ;

2^o la dilatation est complète, mais la rotation est longue à s'effectuer dans l'excavation ; l'accouchement traîne, on terminera par une application de forceps ;

3^o la dilatation est complète, tout est normal, mais la femme est épuisée, on terminera là encore par une extraction au forceps ;

4^o la thérapeutique est plus délicate s'il faut pratiquer des incisions du col, la dilatation étant incomplète.

Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, le forceps doit être manié avec encore plus de douceur que d'habitude. Il faut éviter la délicération des tissus chez une femme en puissance d'infection et ne pas ajouter une nouvelle cause de souffrance à un enfant

qui a déjà pu présenter des phases d'hypoasphyxie. Ceci est vrai au point que certains auteurs comme ANDERODIAS n'admettent pas qu'une épreuve du travail puisse se terminer par une application de forceps : « la sanction de l'épreuve du travail devrait être la césarienne ou l'accouchement spontané », disent-ils.

Pour le siège engagé le pronostic est favorable quant à l'extraction de la tête dernière dans le bassin aplati pur ; au contraire dans un bassin généralement rétréci et limite, il faut s'attendre trop souvent à de graves complications au point que PINARD a pu soutenir que le siège décomplété est dans ce cas une véritable dystocie.

Pour traiter la grave complication de la tête retenue au détroit supérieur on peut être dans l'obligation de pratiquer une symphysiotomie à la Zarate sur tête dernière ou une symphysiotomie à la Gigli avec scie introduite préventivement (CATHALA).

B. — L'épreuve du travail est négative

Trois éventualités se présentent :

1^o Il faut intervenir d'urgence.

2^o L'intervention s'impose quant à son mode.

3^o On a posé le diagnostic d'intervention et la discussion reste ouverte.

1. L'INTERVENTION S'IMPOSE D'URGENCE.

a) En cas de rétraction utérine très marquée avec mêmes signes prémonitoires de rupture et enfant vivant, il faut intervenir sur-le-champ par voie haute et pratiquer une césarienne avec ou sans hystérectomie suivant l'état d'infection ou du muscle utérin.

b) Même avec un enfant mort, il n'est pas rare que l'intervention par voie haute fût préférable, soit à cause de l'infection maternelle grave (hystérectomie) soit à cause de la dilatation

insuffisante et de la rétraction intense du muscle utérin ne cédant pas à la morphine (hystérotomie simple) ; il est cependant logique de pratiquer naturellement, quand on le peut, une basiotripsie avec toutes les précautions nécessaires.

c) La constatation clinique d'une rupture utérine impose naturellement l'hystérectomie d'urgence.

d) La souffrance fœtale brusque nécessite encore l'intervention rapide ; on a déjà étudié les difficultés pour préciser l'étiologie de cette souffrance et vu les erreurs que l'on pouvait commettre ; aussi, quand cela est possible, il vaut mieux préférer la symphysiotomie à la Zarate qui, tout en sauvegardant les intérêts de l'enfant, ne compromet pas l'avenir obstétrical de la mère ; si le fœtus est vivant tout est pour le mieux, s'il meurt dans les jours qui suivent ou s'il est extrait mourant on a la satisfaction de ne pas avoir « blessé » la mère pour le reste de son existence.

e) La température s'élevant en flèche avec infection brûlant les étapes nécessite une hystérectomie d'urgence avec drainage à la Mickulicz.

f) La procidence du cordon demande à être traitée immédiatement par césarienne basse si l'enfant est vivant.

2. L'INTERVENTION S'IMPOSE PRESQUE QUANT A SON MODE.

Il s'agit alors d'une présentation du front enclavé ou d'une face ayant tourné en mento sacrée. Dans ces deux cas c'est la symphysiotomie à la Zarate qui seule peut être pratiquée sans danger pour l'enfant, si les conditions nécessaires à son exécution sont remplies.

3. ON A DÉCIDÉ L'INTERVENTION ET SON MODE PEUT RESTER SUJET DE DISCUSSIONS.

En fait, presque tout le monde est d'accord pour soutenir que :

la césarienne basse reste l'intervention idéale de choix et de nécessité,

la symphysiotomie présente seulement quelques indications, l'application de forceps au détroit supérieur ne doit conserver que de rares indications dont le nombre doit encore diminuer au profit de la césarienne et de l'intervention de Zarate,

la version par manœuvres internes et la césarienne corporéale sont à proscrire absolument.

a) La version par manœuvres internes s'élimine d'elle-même ; personne ne songerait à pratiquer une telle intervention sur un utérus en travail depuis des heures ayant présenté des troubles de la contraction, rétracté plus ou moins et vide de tout liquide amniotique depuis longtemps.

b) La césarienne corporéale est de même à éliminer ; par définition l'épreuve du travail aboutit presque en règle à un cas impur ; on conçoit alors les désastres auxquels la césarienne corporéale pratiquée dans ces cas aboutissait trop souvent.

Cette césarienne haute tardive qui marqua le début de l'épreuve du travail doit être abandonnée car elle donne dans ces cas 10 % à 27 % de mortalité maternelle (BRINDEAU), 14 % (BOQUEL), dont 55 % à 90 % de décès par péritonite (JEANNIN).

Même suivie d'extériorisation à la manière de PORTES elle est à rejeter ; comme le dit PORTES lui-même, elle reste d'exception, dont le territoire ne saurait s'étendre qu'au préjudice de la césarienne mutilatrice et des embryotomies.

C'est d'ailleurs une intervention pénible, peu chirurgicale et donnant d'après PORTES 12 % de mortalité maternelle ; elle est donc loin de mettre toujours à l'abri de complications fatales ; il vaut mieux faire, quand on croit devoir la pratiquer, une hystérectomie plus certaine dans ses résultats.

c) Les applications de forceps au détroit supérieur doivent disparaître ; leur champ d'action doit diminuer de plus en plus au profit de la césarienne basse et de l'opération de Zarate ; une telle application de forceps ne se comprend plus maintenant que lorsque l'on se trouve loin de tout centre chirurgical et que les conditions nécessaires pour pratiquer une intervention à la

Zarate ne sont pas réunies ou quand on est incapable d'exécuter cette dernière.

Pour avoir quelques chances de succès, il faut :
si possible se servir d'un forceps type Demelin,
se trouver en présence d'un bassin véritablement limite,
avoir un enfant peu volumineux dont la tête est fixée et pointée
à chaque contraction dans l'excavation.

La rachi anesthésie sera très utile, sauf si l'utérus est rétracté ;
enfin il faut savoir que « le forceps au détroit supérieur n'est pas
simplement une opération de force et de traction, mais une
opération de manœuvre » (LANTUÉJOUL). Mais les cuillers aug-
mentent le diamètre de la tête ; la pression des becs, leur glis-
sement le serrage trop violent, les tractions trop brutales, les
mouvements de rotation effectués trop tôt, les heurts de la tête
contre l'arc antérieur du bassin sont souvent la cause de lésions
cérébro-méningées entraînant la mort de l'enfant (35 décès sur
114 cas, PINARD).

d) La symphysiotomie à la Zarate mérite plus d'attention.
Entre les pelvitomistes à outrance (ZARATE) et les césaristes
farouches (Ecole de Strasbourg) il semble qu'il y ait un moyen
terme. Intervention simple, elle peut être pratiquée loin de
tout centre chirurgical si l'on est pris au dépourvu. Mais ses
indications doivent être bien posées et restent relativement
rares.

Les conditions optima sont :

multiparité de préférence afin que la femme accouche seule
après section de la symphyse sous l'effet d'une simple
injection d'hypophyse,
col à dilatation complète ou facilement dilatable,
légère disproportion entre la tête et le bassin, c'est-à-dire véri-
table bassin limite ; le bassin aplati et généralement rétréci
est celui qui tire le plus de bénéfices de cette intervention ;
il faut écarter les bassins asymétriques et se méfier du
bassin canaliculé,
bonnes contractions utérines suffisant pour l'expulsion sponta-
née (endormir la femme au chlorure d'éthyle pour la sec-
tion de la symphyse).

Il faut retenir cependant que les risques de mortalité fœtale restent élevés étant donné que l'accouchement peut tarder et que l'on peut être obligé de pratiquer des manœuvres d'extraction au forceps qui en plus exposent à des délabrements articulaires et génito-urinaires.

Cependant quand la césarienne paraît risquée (souffrance fœtale faisant douter du pronostic pour l'enfant — interventions brutales déjà pratiquées par voie basse laissant un doute sur la vitalité de l'enfant — touchers très suspects ou infection dépassant les limites d'une césarienne conservatrice) et que les conditions d'exécution du Zarate sont réunies c'est une intervention qui rend des services et doit être employée à la place du forceps au détroit supérieur. Notons d'ailleurs qu'il persiste après l'intervention un agrandissement du bassin pouvant jouer efficacement dans les accouchements ultérieurs. ZARATE apporte une statistique de 100 cas (68 multipares et 32 primipares) sans mortalité maternelle et avec 5 % de mortalité fœtale ; pour ROOMANS (*Bruxelles médical*, 1932) la mortalité maternelle oscillerait entre 0 et 4,96 % par infection et la mortalité fœtale de 6,6 % à 9,15 %.

On voit donc que les indications de l'opération de ZARATE restent très limitées ; il faut se refuser à aller aussi loin que son auteur qui en fait la compagne inséparable de l'accouchement spontané dans les rétrécissements relatifs et l'arme de réserve quand il échoue ; il ne faut pas la présenter comme l'opération la plus inoffensive et la plus simple ; l'intervention de Zarate doit rester un procédé d'exception ; à ce titre elle garde toute sa valeur pour rendre de précieux services dans les cas où l'accoucheur est parfois brusquement placé en cas de dystocie limite.

e) C'est maintenant l'étude de la césarienne basse. Dans la grande majorité des cas c'est à la fois l'opération de choix et de nécessité, la sanction de l'épreuve du travail qui se révèle négative. Il a fallu attendre son règne pour que l'épreuve du travail puisse être « poussée à son maximum », car par définition elle aboutit toujours à un cas impur. En effet, quand on décide de suspendre l'épreuve du travail, on trouve toujours à la base du problème au moins un des éléments (souvent plusieurs) caractérisant les cas impurs :

soit femme en travail depuis longtemps,
soit membranes rompues depuis plus de deux heures,
soit touchers plus ou moins nombreux ou suspects,
soit intervention par voie basse,
soit état général ou local atteint.

Donc un fait domine : après l'épreuve du travail, l'infection est toujours latente et possible souvent probable, parfois déclarée, voire même patente.

Un nouveau problème se pose donc : jusqu'à quelle limite, quand on a décidé d'intervenir par voie haute, est-on autorisé à pratiquer une césarienne basse conservatrice sans crainte de faire courir des risques graves à la mère ?

Autrement dit quels sont les éléments permettant de préciser le degré d'infection dans chaque cas et comment les interpréter au cours de l'acte opératoire ?

C'est là un fait très difficile à juger car il n'y a pas de critère absolu clinique ou bactériologique permettant de se rendre compte de façon précise du degré d'infection ; aussi on comprend que dans certains cas la césarienne basse conservatrice puisse paraître une intervention aveugle, on verra cependant que les résultats pour la mère sont en général très bons.

Les éléments avec lesquels on a essayé de préciser le degré d'infection sont nombreux, mais chacun ne prend de la valeur qu'en fonction des autres.

1^o La durée du travail est importante à considérer ; à égalité de durée de rupture de membranes, l'infection est théoriquement plus grave si le travail dure depuis longtemps et si la dilatation est avancée que si le début de travail est encore relativement proche et le col fermé.

2^o Le temps écoulé depuis la rupture des membranes n'est pas à négliger ; dans la règle l'œuf est infecté dès qu'il s'ouvre et l'infection augmente avec le temps. Mais le critère bactériologique manque et de plus RISSACHER a montré que même intact dans un quart des cas l'œuf était septique ; enfin on est confondu devant l'excellent résultat des interventions pratiquées avec membranes intactes et devant les très bons résultats des interventions pratiquées avec membranes rompues depuis un certain temps. Il est donc très difficile de préciser un nombre d'heures.

On a vu au début de cette thèse différentes conceptions ; notre statistique donne comme temps moyen 19 heures écoulées depuis la rupture des membranes et des interventions furent pratiquées 30, 35, 40, 57 heures après perte des eaux avec un excellent résultat pour la mère.

Cependant il ne faut point oublier que de telles statistiques n'ont que la valeur des chiffres.

3° L'infection sera d'autant plus à craindre que la femme aura été touchée en dehors de l'hôpital ou de la clinique. La nature inconnue plus ou moins septique de ces touchers est à redouter et l'infection est à craindre plus chez une femme à membranes rompues depuis peu de temps mais touchée de façon douteuse que chez une femme à membranes rompues depuis très longtemps, mais chez qui les touchers ont été pratiqués avec une rigoureuse asepsie.

4° La septicité augmente naturellement avec le degré de dilatation et l'on conçoit qu'un col effacé simplement facilite moins l'infection d'un toucher infecté qu'une dilatation de cinq francs.

5° Les tentatives d'extraction par voie basse ne mettent pas seulement en danger la vitalité du fœtus, mais traumatisent les tissus maternels, favorisent l'infection en facilitant l'ensemencement des germes dans l'œuf.

6° Enfin il est certain que l'état vulvo vaginal joue un rôle important ; une vulvite, une bartholinite, une vaginite granuleuse avec surinfection, une leucorrhée suspecte, une affection dermatologique péri vulvaire peuvent être le point de départ d'une infection ovulaire grave, surtout si la femme a été touchée sans précautions et un grand nombre de fois.

Il est un fait certain qu'une longue épreuve du travail met la femme en état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection comme s'il y avait une sorte d'énergie du travail.

Chez une telle femme, à l'utérus toujours envahi par des germes microbiens s'ajoutent parfois une anesthésie générale toujours toxique, une hémorragie plus ou moins abondante, un shock opératoire difficile à apprécier, si l'opération a été tant soit peu longue ; si la femme avait accouché seule, elle n'aurait sans doute fait tout au plus qu'une infection légère avec lochies

purulentes ; opérées et si ses forces restent intactes, des lochies franchement fétides dans les suites opératoires, souvent une élévation de température et de pouls assez importante mais sans suite et sans signe local ou péritonéal, fréquemment une suppuration de la paroi traduisent bien l'infection contre laquelle une femme en état de fatigue et de résistance diminuée ne luttera pas et fera ou une péritonite ou une septicémie généralisée et mortelle.

Tels sont les éléments jouant un rôle important dans l'étiologie de l'infection au cours et après l'épreuve du travail.

Plus difficile est le diagnostic clinique du degré de l'infection car, elles-mêmes, les manifestations cliniques sont peu nombreuses, difficiles à interpréter et expliquent malgré les résultats favorables dans l'ensemble les quelques surprises désagréables rencontrées au cours des suites opératoires de quelques césariennes pratiquées après une longue épreuve du travail.

1^o la température est naturellement d'importance capitale, elle est fonction d'un grand nombre d'éléments mais n'a pas de valeur absolue ; si son absence est un élément rassurant, sa présence ne veut rien dire de certain. Une température de 38°, 38°2 et même 38°4 pendant un, deux et même trois jours sans aucun autre signe clinique d'infection n'a pas de valeur véritable en elle-même. Cependant la majorité des accoucheurs n'a pas suivi SHICKELE soutenant que la césarienne basse pouvait être pratiquée dans tous les cas infectés et donnait des garanties suffisantes ; en effet, si la césarienne basse préserve presque toujours de la péritonite, il n'en est pas de même de l'infection puerpérale et la mortalité par septicémie, embolie, thrombo-phlébite suppurée semble demander la prudence ;

2^o la fréquence du pouls serait importante ; surtout un pouls plus rapide que ne l'indiquerait la température ;

3^o la nature amniotique du liquide est à prendre en considération ; si le fait d'être teinté voir franchement épais et même « purée de pois » n'a pas de valeur absolue, par contre son odeur franchement fétide avec couleur noirâtre traduit une infection déclarée et grave s'opposant à une intervention conservatrice ;

4^o les frissons ont la même valeur et traduisent encore

l'infection déclarée grave avec sa sanction thérapeutique ;

5° quant à la soif et à la sécheresse de la langue, elles ne traduisent qu'une fatigue de la mère.

Comment, en pratique, les cas cliniques vont-ils se présenter ?

Sous quels aspects la notion d'infection va-t-elle entrer en jeu dans le diagnostic d'intervention abdominale conservatrice ou mutilatrice ?

Diverses éventualités sont encore là à étudier :

1^{er} CAS.

L'infection n'est pas déclarée mais latente et possible, les membranes sont rompues depuis un certain temps, la femme est en travail depuis plusieurs heures ; des touchers même nombreux ont été pratiqués dans des conditions d'asepsie rigoureuse, il n'y a pas de cause d'infection locale et générale et pas de température ou à peine quelques dixièmes. Le liquide amniotique est à peine teinté. L'état général est bon. La notion de cette infection latente confirmée bactériologiquement explique les résultats aléatoires de la césarienne corporéale ; la technique de la césarienne basse explique au contraire les résultats excellents obtenus dans ce cas.

2^e CAS.

L'infection est probable cliniquement ; les membranes sont rompues depuis longtemps, le travail dure depuis un, deux et même trois jours, le liquide est franchement teinté voire même épais mais sans odeur spéciale ; la température est aux environs de 37°8, 38° et même 38°3, mais sans frissons, sans tachycardie anormale avec une langue humide et un excellent état général. La césarienne basse pratiquée avec le maximum de protection semble suffisante et les résultats sont encore très bons comme on le verra par la suite (cependant certains auteurs laissent un petit drain dans le cul de sac vésico utérin)...

3^e CAS.

C'est le même tableau ; mais on n'est pas certain de l'asepsie des touchers pratiqués en ville ; on a même essayé en dehors de l'hôpital ou de la clinique des extractions de fœtus par voie basse, mais les bruits du cœur restent excellents. Il semble que dans ces cas la prudence soit de pratiquer une césarienne basse avec un drain dans le cul de sac antérieur.

4^e CAS.

C'est le cas à discussion, où la crainte de complications post opératoires existe.

L'infection est déclarée cliniquement ; elle ne fait pas de doute mais elle ne paraît pas grave. La femme en travail avec membranes rompues depuis longtemps présente une température autour de 38°5 ; le pouls est un peu rapide, le liquide amniotique un peu mal odorant et épais, mais l'état général reste bon et il n'y a pas de frissons.

On a vu que dans ce cas « tangent » pourrait-on dire, une intervention à la Zarate quand elle est possible résoud la difficulté, surtout si on a des doutes sur l'intégrité du fœtus ; de plus les risques courus par la mère sont moins grands.

Mais, et c'est plus fréquent, quand la césarienne doit être envisagée le problème est des plus épineux. On a déjà insisté à plusieurs reprises et à dessein sur la valeur de l'enfant et son pronostic vital difficile à apprécier ; on conçoit la responsabilité qu'il y a à faire courir dans ce 4^e cas à la mère des risques qui sont grands (péritonite et infection puerpérale d'une part ou méonopause chirurgicale artificielle avec perte de tout espoir de maternité d'autre part) pour extraire un enfant mourant dans les heures ou jours qui suivent.

On a laissé passer le « bon moment » pour intervenir et on peut à ce sujet citer la phrase de FRUHINSCHOLZ : « un enfant... venu par les voies naturelles a le droit d'être quelconque, gros ou petit, laid ou beau, taré ou indemne, bien ou mal formé ; un enfant né par la voie césarienne (et pourrait-on ajouter sur-

tout chez une femme infectée quand l'intervention peut être dangereuse ou mutilatrice pour elle) n'a pas le même droit à la médiocrité physique, il doit être autant que possible avant d'être né un enfant choisi, un produit sélectionné ;... on ne doit pas exposer une femme aux risques d'une opération césarienne (surtout dans ce cas qui nous occupe) si celle-ci ne doit pas être payée d'un enfant quantitativement et qualitativement suffisant ».

Avant d'opter pour telle ou telle intervention on tiendra encore compte de l'absence de frère et sœur, du retour impossible d'une nouvelle grossesse, de l'approche de la ménopause et dans certaines conditions de la volonté de la femme.

Chaque cas sera examiné spécialement et l'accoucheur en possession de tous les éléments résoudra ce problème qui doit être rare si l'épreuve du travail est surveillée de très près et non prolongée outre mesure pour ne pas laisser passer le moment favorable.

Cependant, s'il s'agit d'une multipare ou d'une primipare âgée près de la ménopause, ou bien encore d'une femme présentant un utérus fibromateux, le plus sage est de pratiquer une hystérectomie.

S'il s'agit d'une primipare jeune ou d'une multipare jeune sans enfant vivant il semble que l'on puisse opter suivant ses tendances soit pour une opération de PORTES (ce sera très rare), soit pour une césarienne basse ou tout sera mis en œuvre pour la protection et avec drainage à la Mickulicz sur le péritoine segmentaire reconstitué, soit une césarienne basse avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz, soit enfin (mais c'est très rare) une césarienne basse pratiquée sur l'utérus extériorisé et fermeture momentanée pendant l'ouverture du segment inférieur de la paroi abdominale par des pinces de Museux.

Quoi qu'il en soit la péritonite quoique rare n'est pas toujours évitée, l'infection puerpérale est toujours menaçante, aussi pour certains auteurs il vaudrait mieux toujours pratiquer une hystérectomie sub totale après césarienne haute rapide, sur l'utérus extériorisé et terminer l'intervention par la mise en place d'un sac à la Mickulicz.

Il est fait certain que c'est la méthode la plus sûre.

5^e CAS.

L'infection est déclarée grave ; la température est à 39°, le pouls est rapide, il y a des frissons, l'état général est atteint, le liquide amniotique est franchement fétide ; c'est là le cas rencontré quand l'épreuve du travail a été mal surveillée et trop souvent on est appelé à examiner la femme seulement à ce moment où toute possibilité d'intervention conservatrice par voie haute doit être exclue ; si l'enfant est vivant c'est l'hystérectomie après césarienne ou mieux encore l'hystérectomie en bloc sans ouverture préalable de l'utérus qu'il faut pratiquer.

Si l'enfant est mort répétons que ce n'est pas un argument absolu en faveur de l'intervention par voie basse ; en effet, la basiotripsie peut être impossible à pratiquer sur un utérus contracturé avec dilatation insuffisante ; de plus exécutée sur un milieu aussi infecté, elle entraîne une mortalité maternelle importante.

Si l'enfant a été compromis (ce qui est fréquent dans ce cas) par des interventions tentées par voie basse ou bien s'il souffre déjà depuis longtemps, la même discussion du pronostic foetal reprend et est identique à celle du cas précédent.

Mais retenons ici, que toute ouverture de l'utérus entraîne systématiquement l'hystérectomie et, toutes les fois qu'il persiste des chances de sauver l'enfant, il vaut mieux intervenir par voie haute dont les risques maternels ne sont pas supérieurs à une basiotripsie ou à un forceps au détroit supérieur sur milieu infecté qui eux, sacrifient systématiquement en plus l'enfant (il faut tenir naturellement compte encore du nombre d'enfants vivants et de la valeur obstétricale de la femme).

Technique chirurgicale et épreuve du travail

Nous n'insisterons pas sur la technique de la césarienne basse bien connue de tous les accoucheurs, mais seulement sur quelques détails en rapports plus ou moins précis avec l'épreuve du travail et ses conséquences.

I. — Anesthésie

Elle doit être conduite avec encore plus de précautions chez une femme fatiguée, en douleurs depuis longtemps et qui n'a pas dormi depuis une ou deux nuits.

La rachi anesthésie a des avantages incontestables sur lesquels nous n'insisterons pas ; mais pratiquée sur une femme dont le tonus vasculaire et nerveux est amoindri, elle le sera avec précaution : solucamphre intraveineux (5 cmc.), ephédratine avant la ponction lombaire, adréphédrine si nécessaire au cours de l'intervention.

Si on est obligé d'administrer du chloroforme à la compresse en fin d'intervention en cas d'agitation de l'opérée on le fera avec parcimonie ; il en sera de même pour une anesthésie générale au cours de toute l'opération, car la femme est en état de moindre résistance.

II. — Moyens de protection contre la péritonite

On ne saurait trop insister sur les précautions à prendre pour protéger la grande cavité péritonéale contre les souillures fréquentes pour ne pas dire constantes qui peuvent être le point

de départ d'une péritonite primitive si le péritoine se défend mal ou si l'infection est trop virulente :

Deux champs latéraux sont glissés entre l'utérus et la paroi et enfoncés le plus possible.

Un champ est introduit dans l'angle supérieur de la paroi abdominale incisée.

Enfin de chaque côté un champ maintenu solidaire de la peau de l'aponévrose et du péritoine pariétal par trois ou quatre pinces protège en particulier les téguments et le tissu cellulaire sous cutané si souvent infectés par le contenu de l'utérus.

L'emploi de l'aspirateur électrique peut être particulièrement utile. On empêche ainsi le contenu septique du segment inférieur ouvert de venir infecter le tissu cellulaire inter utéro vésical et le péritoine pelvien ; malgré la mise en place de pinces en cœur sur les bords du segment inférieur pour essayer de l'extérioriser, malgré les champs et les efforts de l'aide comprimant la paroi contre l'utérus, du sang et du liquide amniotique viennent toujours se répandre dans le fond de la « cuvette » où l'on travaille rendant la fin de l'ouverture du segment inférieur difficile, inondant le champ opératoire, facilitant la blessure de la vessie et l'éclosion de la péritonite primitive ; l'emploi de l'aspirateur électrique semble diminuer ces risques ; de même l'enfant souvent retiré par la bouche avalera moins de mucosités évitant ainsi de la gêne respiratoire et des broncho pneumonies.

Certains ont préconisé diverses techniques dans les cas infectés ou on discute l'hystérectomie :

a) le drainage à la Mickulicz qui complète l'hémostase absorbe et draine constituant en plus une barrière suffisante pour la grande cavité si jamais le péritoine pré utérin lâchait ; cependant il ne protège pas contre la péritonite primitive et est maintenu sur un organe qui bien qu'immobile n'en est pas moins par la suite en régression ; aussi son emploi ne paraît pas là aussi justifié qu'après hystérectomie.

b) Certains ont préconisé l'extériorisation de l'utérus avant de pratiquer la césarienne basse. On n'opère pas ainsi dans un puits rempli de sang et de liquide amniotique septique (BRINDEAU, CATHALA, GUÉNIOT, LEQUEUX) mais sur l'utérus exté-

riorisé ; la paroi abdominale est refermée momentanément derrière l'utérus par des pinces de Museux et protégée par un large champ ; on mettrait ainsi la mère à l'abri de l'infection péritonéale primitive par passage direct des germes de la cavité utérine septique dans la grande cavité péritonéale. Mais cette technique rend l'opération plus longue, favorise le shock opératoire et par la suite les éventrations ; de plus elle ne protège pas non plus contre l'infection puerpérale des suites opératoires et est actuellement peu employée.

c) D'autres techniques ont encore été décrites pour lutter contre le danger à la fois de la péritonite primitive et secondaire. Sans citer tous les auteurs, signalons la technique de JEANNIN « césarienne segmentaire avec exclusion du segment inférieur » ; il exclut le segment inférieur de la grande cavité péritonéale avant l'hystérotomie en suturant le péritoine pariétal au péritoine pré utérin et pour ne pas refermer la paroi sur un milieu infecté il interpose un Mickulicz.

Mais si toutes ces variantes ont la prétention de protéger contre la péritonite qu'elle fût primitive ou secondaire (elles ne le font pas toujours d'ailleurs), elles ne peuvent rien contre l'infection puerpérale.

Aussi l'hystérectomie conserve même dans certains cas douteux, nous l'avons vu, ses droits et reste la seule intervention à pratiquer dans les cas où l'infection est grave. Elle n'a rien de particulier dans sa technique qui est facile sur un utérus à terme ; on aura eu soin de pratiquer rapidement une césarienne corporéale sur l'utérus extériorisé et après l'avoir enlevé et pratiqué une péritonisation soigneuse on terminera par la mise en place d'un Mickulicz.

Dans les cas très graves surtout avec enfant mort on aurait avantage à pratiquer une hystérectomie en bloc entre deux clamps évitant ainsi toute souillure du péritoine.

III. — Incision du segment inférieur

Parfois à cause de l'insuffisance de formation du segment inférieur, l'incision s'agrandit dangereusement en bas par une sorte de déchirure du col pouvant léser la vessie et en haut par une

prolongation irrégulière de l'incision sur le corps utérin difficile à péritoniser.

Pour parer à ce manque de développement du segment inférieur et à ses complications, les uns préconisent dans ce cas l'incision transversale qui est toujours assez grande et reste segmentaire complètement ; ainsi les risques plus élevés, surtout dans les cas infectés, de la césarienne haute ne sont pas retrouvés ; de plus elle limiterait le décollement du péritoine, la possibilité d'hématomes et leur infection surtout dans les cas infectés après longue épreuve du travail.

D'autres préfèrent entamer franchement le corps utérin en ayant soin d'employer les nombreuses techniques chirurgicales décrites pour assurer une péritonisation suffisante ; c'est l'incision segmento corporéale d'AUDEBERT particulièrement utile en cas de rétraction par anneau de Bandl gênant pour le passage du tronc fœtal ;

Quoi qu'il en soit il faut insister sur la nécessité absolue d'enfouir complètement la suture de l'utérus sous un surjet péritonéal solide ne se déchirant pas avec cependant un minimum de points de suture pour éviter les hématomes qui ne demandent qu'à s'infecter ; c'est là le principe même de la césarienne basse, isolant la plaie utérine de la grande cavité de l'abdomen.

IV. — Fermeture de la paroi

Toutes les précautions doivent être prises pour éviter la suppuration de la paroi d'ailleurs fréquente et sans gravité, mais témoin de l'infection latente ; on pourra changer de gants et d'instruments, nettoyer la plaie à l'éther avant de la suturer ; certains laissent un petit drainage au crin, d'autres ferment en un plan au fil de bronze (MAHON).

Quoi qu'il en soit la suppuration pariétale est la complication post opératoire la plus fréquente.

Le pronostic de l'accouchement spontané et des interventions après l'épreuve du travail

Il doit être étudié pour la mère et l'enfant et c'est alors que l'on pourra émettre un jugement sur l'épreuve du travail.

I. — Pronostic maternel

Si l'accouchement a été spontané ou aidé par un forceps facile, c'est le pronostic de l'infection ovulaire allant de l'endométrite plus ou moins grave à l'infection puerpérale mortelle. Il en est de même pour l'intervention à la Zarate, car l'arthrite purulente est absolument exceptionnelle ainsi que les autres complications.

Beaucoup plus intéressant est le pronostic après intervention par voie abdominale.

La surveillance rigoureuse de l'opérée s'impose.

Les complications immédiates n'existent pratiquement pas ; tout au plus l'hémorragie post opératoire serait peut-être un peu plus fréquente, le segment inférieur étant parfois distendu et œdématié.

Les complications secondaires sont surtout à craindre dans les cas où l'infection se traduisait cliniquement (température oscillant aux environs de 38°2-38°5).

Cependant sauf erreurs manifestes de la part de l'accoucheur, elles sont rares ; mais l'infection est toujours latente ; après beaucoup de césariennes basses pratiquées comme sanction thérapeutique d'une épreuve du travail, l'utérus émet très souvent des lochies franchement purulentes ; il y a assez souvent

une élévation assez importante de température et du pouls sans rien au point de vue local et péritonéal, car le péritoine pelvien se défend bien et l'état général est assez résistant ; la suppuration du tissu cellulaire, résistant moins que le péritoine pelvien, traduit encore cette infection latente qui peut de temps à autre réserver des surprises auxquelles on ne s'attendait pas (ceci est à craindre particulièrement dans les cas où la possibilité d'une hystérectomie avait été discutée).

Cependant la péritonite secondaire est exceptionnelle ; il faudrait qu'elle trouve son point de départ dans la désunion de la suture péritonéale, dans une infection du tissu cellulaire sous péritonéal qui diffuse et où dans hématome sous péritonéal purpuré qui au lieu de s'enkyster prend l'allure d'une péritonite généralisée (voir l'observation rapportée à la fin de cette thèse).

Les rares cas mortels de péritonite signalés sont dus à la péritonite primitive par contamination directe contre laquelle la protection n'est jamais parfaite.

De même l'occlusion est très exceptionnelle contrairement à ce qui se passait avec la césarienne corporéale ; cependant il est fréquent (sans en discuter la pathogénie) de voir un retard à l'évacuation des gaz avec ballonnement abdominal et vomissements sans, à proprement dire, que l'on puisse parler de sub occlusion. Les femmes opérées de césarienne basse après épreuve du travail sont souvent gênées à ce sujet pendant trois jours, alors que les hystérectomies pour fibrome et salpingite présentent des gaz souvent avant la 48^e heure ; on aura soin de lutter contre ces symptômes par des lavements salés hypertoniques, des injections intra veineuses de même nature et des injections sous-cutanées de prostigmine.

Ainsi donc, sauf cas exceptionnel toujours possible, puisque l'infection est en règle latente, les complications péritonéales ne doivent pas se voir si on sait poser les indications de l'hystérectomie quand elle est nécessaire ; mais de plus et surtout cette hystérectomie avec drainage vise alors l'infection purpérale sous toutes ses formes contre laquelle la technique de la césarienne basse ne peut rien.

Signalons que nous n'avons jamais rencontré de phlegmatia alba dolens et par contre insistons sur la fréquence, admise par

tous, des suppurations de la paroi qui ne sont pas graves, mais prolongent le séjour à l'hôpital ou à la clinique et facilitent les éventrations.

II. — Pronostic fœtal

Quelle que soit la terminaison de l'épreuve du travail, l'enfant si tôt la naissance doit être examiné avec soin.

On pourra ainsi constater au niveau de la tête :

une bosse séro sanguine très importante,
un aspect en pain de sucre,
un céphalématome qui peut d'ailleurs rien n'avoir de commun avec la dystocie,
un chevauchement plus ou moins important des os du crâne,
une asymétrie des deux moitiés du crâne,
des dépressions ou enfoncements accompagnés ou non de fractures,
les traces de pression des becs de cuillers de forceps avec ou non enfoncements et fractures,
les traces de glissement de ces cuillers.

Mais il n'y a pas de parallèle absolu entre les hémorragies méningées et les traumatismes de la boîte crânienne ; il n'est pas rare de voir dans les jours qui suivent un enfant ranimé ou non, sans lésions apparentes du crâne mourir avec des convulsions.

C'est là, comme l'a déjà vu, et comme on verra plus loin dans les statistiques, le point sombre de l'épreuve du travail anormalement prolongée pour le cas d'espèce auquel on avait affaire.

C'est un fait constaté aussi bien après un accouchement spontané, mais après épreuve du travail longue et pénible, qu'après une césarienne pratiquée après le moment optimum, avec une épreuve du travail parfois mal suivie et trop prolongée au cours de laquelle on n'a pas su interpréter les signes de souffrance fœtale, ce qui est d'ailleurs très difficile. De tels accidents sont comme de juste encore plus fréquents après essais d'extraction par voie basse couronnés ou non de succès.

Enfin, outre des complications méningo encéphaliques, des manifestations infectieuses peuvent se voir :

broncho-pneumonie et otites,
affections cutanées, oculaires, ombilicales,
affections digestives avec parfois syndrome de dénutrition
progressive et intolérance gastrique évoluant vers la mort
s'il ne cède pas aux lavages d'estomac et à la belladone.

On conçoit donc après la naissance, surtout si l'enfant naît en état d'apnée, couvert de méconium, la nécessité de le désobstruer le plus vite possible pour régulariser la respiration et empêcher la déglutition de mucosités septiques.

Par la suite on désinfectera les voies respiratoires, on surveillera les yeux, les téguments, la bosse séro sanguine pour éviter l'infection ; on prêterà attention à la courbe de poids et au moindre symptôme d'hémorragie méningée surtout si l'enfant a été ranimé.

D'une façon générale, disons dès maintenant que la mortalité fœtale est relativement élevée et plus importante que celle de la mère ; c'est la rançon de l'épreuve du travail au cours de laquelle il n'est pas toujours facile de se rendre compte de l'état de l'enfant ; c'est d'ailleurs une rançon faible, eu égard, comme on le verra, aux césariennes évitées et à la mortalité fœtale de l'accouchement normal ou tant soit peu compliqué dans un bassin non vicié.

Résultats de l'épreuve du travail

Telle est l'épreuve du travail dans les bassins limites ; donnons pour terminer quelques statistiques, les avantages et les inconvénients de cette méthode.

I. — Statistiques

Elles n'ont comme de juste que la valeur de chiffres pour fixer les idées. Pour ATTAIX (Thèse Paris, 1930), la fréquence de l'épreuve du travail serait de l'ordre de 1 % dans l'ensemble de l'activité obstétricale.

Pour BALARD et MAHON, il semble que 25 % soit le nombre des femmes à bassin limite chez qui l'épreuve du travail se termine par l'accouchement spontané.

BROUHA prend 94 cas de bassins rétrécis :

Nombre de cas	ppm	Accouchements normaux	Césariennes
41	9,5	32	8
25	9	14	11
14	8,5	6	8
7	8	2	5
7	Asym.	6	1

Donc sur 94 cas, il y a 60 accouchements normaux et 33 césariennes ; autrement dit, il y a 37 % de césariennes seulement et 63 % d'accouchements normaux avec 0 % de mortalité maternelle et 3 % de mortalité fœtale.

Si dans cette statistique on s'occupe seulement des bassins limites, on trouve que sur 39 bassins limites (compris entre 8,5

et 9 de ppm.) il y a eu 20 accouchements normaux et 19 césariennes ; autrement dit l'épreuve du travail a fait éviter 50 % de césariennes ; on pourrait même augmenter ce chiffre si on faisait entrer dans cette dernière statistique quelques bassins asymétriques qui ont donné 6 accouchements normaux sur 7 ; il y eut 3 décès d'enfants, dont 7,6 % pour les 39 épreuves du travail et 16,3 % pour les 19 césariennes après épreuve négative.

ODAGESCO de 1920 à 1926 à Tarnier donne la statistique suivante :

Sur 100 bassins rétrécis il y a eu :

70 accouchements spontanés après de 8 à 47 heures avec enfant vivant.

12 pelvitomies après épreuve du travail négative dont 2 pour tête dernière.

5 césariennes hautes après épreuve du travail négative durant de 8 à 24 heures.

13 césariennes basses après épreuve du travail négative durant de 12 à 48 heures.

Donc sur 100 bassins rétrécis on a évité 70 % de césariennes.

Pour FAVREAU 60 %, pour DAMFORTH 80 %, pour HOLMÈS 60 à 80 % des césariennes sont évitées par l'épreuve du travail.

KREISS donne un chiffre de 38,5 % de césariennes sur 156 épreuves du travail.

Tels sont quelques chiffres trouvés dans la littérature ; ajoutons en quelques-uns pour donner une idée de la mortalité après césarienne basse tardive (c'est-à-dire après épreuve du travail).

BROUHA donne 0 mortalité sur 94 bassins rétrécis dont 39 bassins limites ayant subi l'épreuve du travail.

COUVELAIRE donne 2,1 % de mortalité pour les césariennes pratiquées dans les cas suspects sans signes cliniques déclarés.

JEANNIN donne 6 à 7 % de mortalité dans les cas infectés (statistique déjà assez ancienne) ; dans un article tout récent, il rapporte 104 cas de césariennes tardives dont :

92 césariennes basses simples avec 2 morts par shock et infection.

2 césariennes avec Mickulicz.

8 césariennes avec exclusion du segment inférieur et Mickulicz.

2 césariennes hautes avec extériorisation.

Cela fait à peu près 2 % de mortalité maternelle, mais il rapporte 5 % de mortalité fœtale.

SWENTZER rapporte 427 cas de césariennes basses pour bassins rétrécis, il donne :

0,9 % de mortalité dans les cas purs (cela sort du cadre de cette thèse) ;

2 % dans les cas douteux ;

5 % dans les cas infectés.

Ces deux derniers chiffres correspondent donc aux césariennes tardives assimilées aux césariennes après épreuve du travail.

GELLÉ dans sa thèse rapporte que 3,2 % de la mortalité dans les cas infectés sont dus à la péritonite.

Donnons maintenant la statistique de la clinique Tarnier pendant l'année 1933 ; ces chiffres recueillis dans le service de notre maître, le professeur BRINDEAU ont servi de thème à cette thèse.

105 cas, de bassins ou rétrécis ou limites ou présentant une disproportion entre le volume du fœtus et le bassin ont été traités à la clinique Tarnier pendant ce laps de temps.

On retiendra l'importance du chiffre et on aura soin de tenir compte du rôle de l'hôpital Tarnier pour juger des statistiques.

Sur ces 105 cas, on trouve :

1 embryotomie ;

4 applications de forceps au détroit supérieur ou très élevé ;

5 interventions à la Zarate ;

19 césariennes avec épreuve du travail ;

22 césariennes sans épreuve du travail ;

54 accouchements spontanés ou aidés par un forceps facile.

Malgré les cas infectés souvent examinés et traités d'abord en ville, puis transportés d'urgence à la clinique Tarnier, on ne trouve qu'un cas de mort pour la mère relevant d'une syncope anesthésique chez une femme obèse ; cela ne fait pas 1 %.

Par contre, la mortalité fœtale est plus élevée et s'explique par le fait que tous les cas n'ont pas été traités à Tarnier dès le début de travail et que très souvent on a dû agir alors comme

les intérêts de la mère le commandaient ; on trouve donc :

- 1 décès par embryotomie ;
 - 3 décès par forceps au détroit supérieur ;
 - 1 décès par Zarate.
 - 4 décès après césarienne avec épreuve du travail ;
 - 1 décès après césarienne sans épreuve du travail ;
 - 1 décès après accouchement spontané ;
 - 3 décès après accouchement aidé par un forceps ;
- soit un total de 14 décès, ce qui représente, 13,3 % de mortalité sur 105 cas étudiés.

Les 41 césariennes représentent seulement 39 % des cas, alors que l'accouchement par les voies naturelles atteint 51,4 %. Donc alors même qu'un nombre de cas n'a pas été suivi complètement à Tarnier d'un bout à l'autre du travail et que bien souvent on a dû intervenir au mieux pour la mère après des interventions intempestives ou des touchers suspects pratiqués en ville par l'épreuve du travail, on a pu éviter plus de la moitié des césariennes. *Mais surtout en considérant 78 épreuves du travail (54 + 19 + 5) on trouve 19 césariennes soit seulement 24,3 % ; on a donc évité 75 % de césariennes.*

Les 22 césariennes pratiquées au début du travail furent exécutées pour :

Césariennes antérieures	13 cas
Bassins très rétrécis	6 cas
Disproportion manifeste entre le bassin normal et le fœtus trop gros.	2 cas
Ostéomalacie	1 cas

toutes sauf une furent pratiquées membranes intactes (on n'a pas cru devoir pratiquer l'épreuve du travail suivant la technique décrite en cas de césarienne antérieure).

La mortalité fœtale le serait aussi si on ne trouvait pas le cas rare d'enfant ne supportant pas le travail si peu ce dernier fût-il en train. Il s'agissait d'une multipare ayant déjà subi deux césariennes aboutissant à chaque fois à un enfant mort ; à la 3^e grossesse, on laisse à peine le travail commencer (membranes intactes, quelques douleurs) cependant l'enfant dut être ranimé et mourut 6 heures après ; il semble que dans ces cas l'interven-

tion doit être pratiquée avant l'apparition de toute douleur (Ces 22 cas ne sont rappelés que pour mémoire).

Les 19 cas de césariennes pratiquées après épreuve du travail négative sont plus intéressants, ils correspondent aux bassins limites. La durée de l'épreuve oscille entre 4 et 48 heures avec une moyenne de 22 h. 30 ; les membranes étaient rompues depuis un temps variant de 3 à 57 heures avec une moyenne de 19 heures ; dans quelques cas il y eut de la température qui ne dépassa pas 38°4 : le poids moyen de l'enfant fut 3.450 grammes.

Il y eut 1 décès maternel par syncope anesthésique que l'on pourrait presque exclure : syncope bulbaire chloroformique après quelques inhalations chez une femme obèse (115 kilos) avec gros enfant, excès de liquide (4 litres à peu près), après rachi anesthésie parfaite pendant l'intervention mais qui se révèle insuffisante au moment de la fermeture de la paroi ; cela fait 5 % de décès pour ces 19 césariennes dont plusieurs cas infectés. On remarquera en effet la longueur de la durée de l'épreuve et le temps écoulé depuis la rupture des membranes ; malgré cela et même plusieurs températures aux environs de 38°2, 38°4, l'intervention pratiquée fut toujours une césarienne basse simple avec le maximum de protection et fermeture de la paroi sans drainage, sauf une fois. Les suites opératoires furent excellentes ; il y eut bien parfois des suites de couches fébriles avec des lochies fétides, mais elles ne donnèrent jamais aucune inquiétude ; aucune complication ne fut constatée ; seule une femme ayant les membranes rompues depuis très longtemps fut gênée pendant près de 3 jours après l'intervention par la rétention de gaz ; quelques suppurations de la paroi sans gravité furent constatées.

La mortalité foetale peut paraître anormalement élevée ; sur les 4 décès, 3 doivent être rapportés à une hémorragie méningée constatée à l'autopsie ; le 4^e enfant est mort vingt minutes après la naissance sans cause apparente, mais l'on était intervenu pour modifications des bruits du cœur ; cela fait donc une mortalité foetale de 20 %. Pour les trois hémorragies méningées, on trouve un travail long ayant duré 18, 47, 48 heures ; tous trois furent ranimés et décédèrent rapidement ; les membranes étaient rompues deux fois spontanément depuis 16 et

18 heures, une fois artificiellement depuis 2 heures ; dans ce dernier cas, on trouva à la rupture de la poche des eaux un liquide fortement teinté alors que les bruits du cœur étaient restés bien frappés et que rien ne faisait soupçonner la souffrance fœtale ; ce fut d'ailleurs un enfant petit (2.650 grammes), cependant difficile à extraire et qui présenta une bosse séro sanguine énorme avec aplatissement portant sur le pariétal droit et sur le frontal, une pression plus marquée sur le pariétal gauche correspondait au promontoire ; dans les deux autres cas les bruits du cœur ne furent modifiés qu'une fois (membranes rompues depuis 16 heures) ; ces trois décès témoignent de la difficulté de la conduite de l'épreuve du travail quand on veut en toute conscience « la pousser à fond ». Le 4^e décès sans cause déterminée se produisit chez un enfant non ranimé ; on ne trouva pas d'hémorragie méningée à la vérification.

Nous ne dirons pas grand'chose de l'embryotomie et des quatre applications de forceps très élevées ; malgré leur petit nombre (5 interventions), elles viennent grever lourdement la mortalité fœtale (4 décès) ; leur existence est inhérente au rôle même de la clinique Tarnier et si nous les avons fait entrer dans les 13,3 % de mortalité totale sur 105 cas, c'est pour donner une statistique générale ; en les supprimant on trouve 9 *décès sur 78 épreuves du travail soit 11,59 %*.

L'embryotomie ne pouvait être évitée chez une femme présentant un épisode grippal (39°), albuminurique (tension artérielle 29-9), tentative de Demelin sur enfant de 4.500 grammes.

Quant aux forceps très élevés :

un ne pouvait être évité, la femme ayant déjà subi une application en ville, étant infectée et la symphysiotomie était impossible (enfant mort né).

les trois autres furent pratiqués

une fois avec tête fixée (enfant vivant),

une fois sur une face très élevée (enfant mort né),

une fois sur un sommet très élevé (enfant mort né).

On voit le pronostic de ces opérations et l'intérêt qu'il y a à les voir disparaître et remplacer par la césarienne pratiquée au moment opportun ou par la symphysiotomie.

Plus intéressante est la symphysiotomie à la Zarate, la mortalité est nulle. Cependant une femme avait subi en ville des touchers suspects, une autre avait une température de 38°6 et une dernière était en travail depuis 3 jours avec membranes rompues de puis 48 heures ; la césarienne conservatrice aurait pu être dangereuse pour la mère, la symphysiotomie n'entraîna aucune complication ; une fois seulement les suites furent fébriles, mais par pyélonéphrite ; les autres furent apyrétiques sans complications secondaires ou tardives, sauf un hématocèle périvésical.

Quant au pronostic fœtal il est à retenir ; on relève un seul décès chez une femme venue de ville avec un utérus contracturé et des bruits du cœur bons chez l'enfant ; il en résulta cependant l'accouchement d'une fille morte née par hémorragie méningée que rien ne faisait prévoir ; la césarienne aurait pu être dangereuse pour la mère et on aurait eu un enfant mort. Tous les autres enfants sont vivants en retenant qu'un des Zarate fut pratiqué sur tête dernière retenue dans un bassin généralement rétréci avec faux promontoire (dystocie fort grave) et un autre après tentative de forceps au détroit supérieur qui avait assombri le pronostic fœtal et contre indiqué la césarienne ; l'opération de Zarate a permis d'avoir un enfant vivant sans compromettre la mère. La mortalité fœtale s'élève donc à 5 %, ce qui est minime si l'on considère les cas graves quant à l'enfant auquel on a eu affaire et l'on conçoit l'intérêt d'une telle intervention qui doit aider à la disparition des forceps au détroit supérieur.

Il nous reste à dire quelques mots sur les 54 accouchements spontanés ou aidés par un forceps facile ; sans insister particulièrement disons que l'on trouve 38 accouchements spontanés et 16 applications de forceps (on trouve dans les antécédents de la mère une fois une césarienne, une fois une intervention à la Zarate).

Pour les forceps on constate 2 décès d'enfant ; une fois le forceps a été pratiqué avec incisions du col chez une primipare en travail depuis trois jours avec température de 38°5, liquide « purée de pois » et modifications des bruits du cœur, il pouvait être difficilement évité à moins naturellement de ne pas pratiquer l'épreuve du travail ; le deuxième enfant est né vivant

sans être ranimé, est décédé trois jours après (la syphilis jouait peut-être un rôle ?) ; la mortalité théorique est donc de 2 sur 16 cas, plus pratiquement 1 sur 16, soit 12,5 % et 6,2 %.

Quant aux accouchements spontanés on trouve 1 décès sur 38 cas ; après un travail de 23 heures l'enfant naît en état de mort apparente et ne peut être ranimé malgré les soins ; cela fait une mortalité de 2,6 %. Le travail fut souvent très long ; une fois en particulier il dura 44 heures et une épreuve du travail fut couronnée de succès après 12 h. 30 chez une 7^e pare ayant eu 4 enfants morts pendant le travail, une césarienne et un foriceps avec enfants vivants. Les suites de couches dans deux cas furent sub fébriles sans gravité, une fois cependant la température resta à 40° pendant quelques jours. Toutes les femmes guérirent.

II. — Avantages

Ils sont incontestables ; les statistiques s'accordent pour établir que grâce à elles 50 à 75 % des césariennes sont évitées. L'épreuve du travail diminue le nombre des césariennes inutiles faites avant le travail ou à son début. Si minimales que soient les risques de la césarienne pratiquée avant le travail ou à son début (cas purs), il n'en reste pas moins que cette dernière aurait entraîné un certain nombre de morts que l'on ne retrouve pas.

Là où un partisan intégral de la césarienne prophylactique aurait pratiqué 100 césariennes, un adepte éclairé de l'épreuve du travail et de la césarienne basse tardive n'en aura pratiqué que 25 à 50 et les risques de mortalité courus sont moins grands chez les dernières que chez les premières. On évite aussi de « blesser » inutilement une femme, de restreindre le nombre de grossesses, la crainte d'une rupture au cours d'une grossesse ultérieure et la possibilité d'une éventration. La statistique de Tarnier donne 75 % de césariennes évitées sur 78 épreuves du travail.

III. — Inconvénients

Mais il est un fait certain que l'épreuve du travail comporte des inconvénients d'ailleurs beaucoup plus importants pour le fœtus que pour la mère.

a) Pour le fœtus.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître qu'un certain nombre d'enfants peuvent succomber à la suite de la prolongation trop poussée de l'épreuve du travail et qu'à ce moment si on doit recourir à la césarienne basse un nouveau pronostic survient, c'est celui du fœtus. De plus, on a insisté à plusieurs reprises dans les pages précédentes sur la difficulté particulière du diagnostic de la souffrance fœtale, ces symptômes classiques étant inconstants et sans valeur absolue. Toutes les statistiques concordent :

BUOHA donne 16,3 % de mortalité pour 19 césariennes pratiquées après épreuve du travail et 7,6 % pour 39 épreuves du travail.

Dans la statistique de Tarnier nous trouvons :

13,3 % ou mieux 10 % de mortalité (chiffre corrigé) sur l'ensemble des bassins rétrécis étudiés.

12 % de mortalité sur 41 césariennes pratiquées.

20 % pour les césariennes pratiquées après épreuve du travail.

Si on considère les 78 épreuves du travail (54 accouchements spontanés, 19 césariennes après épreuve du travail et 5 symphysiotomies), on trouve 9 *décès d'enfant soit* 11,4 % de mortalité.

Donc l'épreuve du travail peut être fatale pour le fœtus surtout quand elle est trop prolongée pour le cas d'espèce auquel on avait affaire et on a vu la difficulté du diagnostic d'intervention et de l'interprétation de la souffrance fœtale.

b) Pour la mère les inconvénients sont minimes, les complications sont très rares, bénignes, si l'épreuve du travail est menée convenablement.

BROUHA trouve 0 mortalité sur 19 césariennes pratiquées après épreuve du travail et 94 bassins rétrécis.

JEANNIN trouve 2,2 % de mortalité sur 92 césariennes basses tardives (membranes rompues de 6 à 48 heures).

Dans notre statistique, la mortalité maternelle peut pratiquement être considérée comme nulle sur les 105 bassins rétrécis et sur les 78 épreuves du travail et 19 césariennes tardives après épreuve négative (chiffre cependant rectifié, le seul cas de mort relevant d'une syncope anesthésique que l'on a étudié plus haut).

COUVELAIRE donne un chiffre de 2,2 % pour les cas suspects.

Quoi qu'il en soit, la mortalité maternelle est très réduite, elle serait certainement beaucoup plus élevée (on l'a déjà vu) si on pratiquait une césarienne dans tous les cas de bassins limites sans épreuve du travail ; c'est là certainement le plus grand avantage de cette méthode même ; mais elle augmente quelque peu la mortalité fœtale qui d'ailleurs n'a rien d'exagéré si on la compare à la mortalité rencontrée au cours des accouchements spontanés ou tant soit peu compliqués, dans les cas de bassins non viciés.

Quant à la morbidité (crochet thermique, suppuration pariétale) si elle est toujours élevée, elle est dans presque toutes les statistiques sans gravité et n'est rien à côté des avantages de l'épreuve du travail menée convenablement.

Observations

recueillies à l'hôpital Boucicaut et à la clinique Tarnier

Césarienne

Avec hystérectomie pour : présentation de la face, bassin rétréci limite et infection latente se démasquant et brûlant les étapes.

N° 816. — HÔPITAL BOUCICAUT. Année 1932.

Primipare 22 ans. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. = 10,5.

Epreuve du travail.

Le 17 avril à 6 heures :

Membranes rompues, col effacé 30 minutes après le début de travail.

Liquide teinté verdâtre.

Présentation de la face.

Température 36°8.

La dilatation avance progressivement jusqu'à petite paume à 20 heures.

A 22 h. 30, brusquement 39°, un frisson alors que la température était normale 1 heure auparavant.

La face reste haute.

Liquide « purée de pois ».

A 23 heures césarienne : avec hystérectomie.

Mère et enfant sortent en bon état.

Retenir : la brutalité de l'infection qui a brûlé les étapes en quelques heures et la nécessité dans laquelle on se trouvait de pratiquer une hystérectomie d'urgence.

En effet, à l'examen de la pièce opératoire on trouve :

Macroscopiquement : existence d'un magmat séro purulent situé entre le muscle utérin et la caduque.

Microscopiquement : les coupes montrent une muqueuse totalement détruite avec quelques amas de cellules déciduales. La surface détruite est occupée par un nombre élevé de leucocytes polynucléaires qui s'infiltrèrent assez profondément ; de plus le myomètre sous jacent montre des fibres musculaires souvent dissociées par de l'œdème et de l'infiltration leucocytaire. Un grand nombre de cavités vasculaires sont remplies de sang très riche en polynucléaires et en microbes.

La culture de la sérosité recueillie à l'intérieur de l'utérus a donné du streptocoque.

* * *

Césarienne

pour bassin touché, péritonite à pneumocoques : décès de la mère,
méningite à pneumocoques : décès de l'enfant.

N° 2.349. — HÔPITAL BOUGICAUT. Année 1932.

Primipare 37 ans. Bassin touché.

Epreuve du travail.

Membranes rompues artificiellement depuis 3 h. 1/2 à un franc de dilatation.

Travail depuis 11 heures.

Dilatation un franc.

Température 38°3 dès le début de travail, même membranes intactes (épisode grippal) :

Trois jours après l'intervention, décès de l'enfant : liquide céphalo rachidien purulent à la ponction lombaire, méningite à pneumocoques vérifiée par le laboratoire.

Cinq jours après l'intervention, décès de la mère : syndrome péritonéal très fruste dont les signes n'apparaissent que quelques heures avant la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve du pus crémeux lié et sans odeur ; la suture du muscle utérin, les points de la suture du péritoine pré utérin sont intacts ; par contre on trouve abondamment le pus décrit dans le cul de sac vésico utérin.

Après examen et inoculation à la souris : pneumocoque pur.

Retenir : la grippe de la femme, l'intervention abdominale donnant un

coup de fouet à l'infection et déclanchant une péritonite à pneumocoques mortelle (la suture du péritoine pré utérin et du muscle n'avait pas cédé), on peut discuter la pathogénie pour expliquer la contamination de l'enfant.

* * *

Opération de Zarate

pour présentation du front et bassin touché : guérison.

N° 284. — CLINIQUE TARNIER. Année 1932.

Secondipare 33 ans. Bassin touché.

Epreuve du travail.

Membranes rompues précocement et accidentellement depuis 24 heures.

Travail depuis 2 h. 30.

Présentation du front tendant à s'engager.

Contractions très violentes.

Enfant perdant son méconium ; bruits du cœur mauvais.

Opération de Zarate simple, le menton tourne en avant, la femme accouche facilement en face.

Suites opératoires pour la mère et pour l'enfant

Suites opératoires normales pour la mère et pour l'enfant.

Retenir : l'intérêt de l'intervention qui a permis d'avoir un enfant vivant malgré la présentation vicieuse et l'importance de la souffrance fœtale qui contre indiquait la césarienne.

* * *

Statistique de la clinique Tarnier en 1933

105 bassins rétrécis ou dystociques par disproportion entre le volume du fœtus et le bassin.

19 césariennes avec épreuve du travail.

22 césariennes sans épreuve du travail.

5 interventions à la Zarate.

4 applications de forceps au détroit supérieur ou très élevées.

1 embryotomie.

54 accouchements spontanés ou aidés par un forceps.

* * *

Les césariennes pratiquées sans épreuve du travail

(22 cas).

Césariennes antérieures : 13 cas.

Bassins très rétrécis : 6 cas.

Disproportion manifeste entre le fœtus et le bassin : 2 cas.

Ostéomalacie : 1 cas (hystérectomie).

Mortalité maternelle : nulle.

Mortalité fœtale : 1 cas (d'ailleurs fait exceptionnel), 4,5 %.

Nous ne donnerons pas plus de détails sur ces cas qui sortent du cadre de cette thèse ; nous les avons rappelés simplement pour mémoire.

* * *

Les césariennes pratiquées avec épreuve du travail

(19 cas).

Durée moyenne de l'époque du travail : 22 h. 30.

Durée maxima de l'épreuve du travail : 48 heures.

Durée minima de l'épreuve du travail : 4 heures.

Temps maximum écoulé depuis la rupture des membranes : 57 heures.

Temps minimum écoulé depuis la rupture des membranes : 3 heures.

Temps moyen écoulé depuis la rupture des membranes : 19 heures.

Température maxima : 38°4.

Poids moyen du fœtus : 3.460 grammes.

Mortalité fœtale : 4 soit un peu plus de 20 %.

Mortalité maternelle : 1 décès soit 5 %.

Tels sont les cas de bassins limites avec épreuve du travail négative

ou l'on est intervenu par césarienne et qui vont être rapportés dans les pages suivantes.

Sur 78 épreuves du travail, 75 % de césariennes furent évités et il y a 11,4 % de mortalité fœtale.

N° 1.440. — CLINIQUE TARNIER. Année 1933 (Décès de la mère).

Primipare, 36 ans.

Bassin normal, mais avec gros excès de volume du fœtus (en conséquence bassin limite).

Tête élevée ne progressant pas, mobile.

Obésité très marquée : 115 kilos.

Gros excès de liquide (4 litres à l'intervention).

Utérus bicorne.

Membranes rompues artificiellement depuis 9 heures.

Dilatation un franc.

Travail depuis 17 heures.

Césarienne basse, quelques bouffées de chloroforme sont données pour la fermeture de la paroi. Arrêt de la respiration et des battements cardiaques.

Décès de la mère par syncope.

Enfant vivant pesant 4.370 grammes.

N° 1.548. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933 (Décès de l'enfant).

Bassin généralement rétréci, primipare 29 ans.

Tête fixée segment inférieur mal formé.

Membranes rompues artificiellement depuis 2 heures, à dilatation de cinq francs.

Liquide très fortement teinté.

Dilatation petite peau.

Travail durant depuis 48 heures.

Col épais, grosse bosse séro sanguine, perte de méconium, bruits du cœur lents.

Césarienne basse.

Extraction difficile et délivrance artificielle pour placenta adhérent.

Suites opératoires normales.

Enfant pesant 2.650 grammes, né en état de mort apparente, ranimé après 15 minutes de soins et décédé peu de temps après, par hémorragie méningée, vérifiée à l'autopsie.

La tête de l'enfant est très déformée par une bosse séro sanguine énorme et asymétrique. Aplatissement portant sur le frontal et le pariétal droit ; sur le pariétal gauche pression plus marquée correspondant au promontoire. L'occipital s'enfonçait sous les pariétaux qui chevauchaient l'un sur l'autre. Ce chevauchement a pu se produire grâce aux fontanelles et à la laxité des os du crâne, quoiqu'ils fussent bien ossifiés.

N° 2.016. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933 (Décès de l'enfant).

Bassin généralement rétréci, primipare.

Tête élevée.

Membranes rompues depuis 8 heures.

Travail depuis 47 heures.

Dilatation deux francs stationnaire.

Césarienne basse.

Enfant ranimé pesant 3.600 grammes décédé par la suite d'hémorragie méningée vérifiée à l'autopsie.

Suites opératoires normales pour la mère.

N° 2.064. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933 (Décès de l'enfant).

Bassin généralement rétréci, primipare.

Tête élevée.

Modification des bruits du cœur.

Membranes rompues depuis 16 heures.

Travail depuis 18 heures.

Dilatation un franc.

Césarienne basse.

Enfant ranimé pesant 3.100 grammes, décédé par la suite d'hémorragie méningée vérifiée à l'autopsie.

Suites opératoires normales pour la mère.

N° — HÔPITAL TARNIER. Année 1933 (Décès de l'enfant).

Bassin généralement rétréci, primipare 30 ans.

Tête mobile ne débordant pas.

Modification des bruits du cœur.

Travail depuis 6 heures.

Membranes rompues depuis peu.

Dilatation cinq francs, col épais.

Césarienne basse.

Enfant ranimé avec cordon infiltré de méconium, décédé vingt minutes après la naissance.

N° 1.600. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Bassin généralement rétréci avec faux promontoires et sacrum aplati et convexe en haut. Primipare 19 ans.

Tête au détroit supérieur mal fléchie et qui déborde.

Membranes rompues depuis 35 heures.

Liquide très fortement teinté.

Travail depuis 48 heures avec contractions violentes.

Dilatation stationnaire à deux francs.

Température 38°1.

L'épreuve du travail est poussée à son maximum.

Césarienne basse. Emploi de l'aspirateur électrique.

Enfant couvert de méconium d'odeur fétide.

Suites opératoires fébriles avec des crochets à 39°, frisson.

Enfant pesant 3.700 grammes, ranimé après 10 minutes de soins énergiques.

Tête très déformée par une énorme bosse séro sanguine qui avait tendance à s'engager.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 1.472. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Bassin généralement rétréci, primipare 34 ans.

Tête mobile, segment inférieur mal formé.

Membranes rompues depuis 40 heures, à dilatation lenticulaire.

Travail depuis 48 heures.

Dilatation un franc stationnaire.

Liquide très fortement teinté.

Température 38°1.

L'épreuve du travail est poussée à son maximum.

Césarienne basse, hémorragie importante.

Enfant couvert de méconium.

Suites opératoires sub-fébriles.

Enfant pesant 3.070 grammes né en état de mort apparente, forme blanche, ranimé après 20 minutes de soins énergiques.

L'enfant et la mère sortent en bon état.

N° 1.821. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Bassin généralement rétréci, deuxième pare, 35 ans.

Premier accouchement dystocie avec embryotomie sur enfant de 3.400 grammes après 4 jours de travail.

Bassin généralement rétréci, promontoire atteint.

Tête mobile.

Membranes rompues depuis 57 heures.

Travail depuis 36 heures.

Dilatation cinq francs stationnaire.

Liquide très teinté et légèrement fétide.

Césarienne basse, emploi de l'aspirateur électrique.

Suites opératoires sub-fébriles.

Enfant pesant 2.950 grammes criant immédiatement.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 278. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 30 ans.

Bassin normal mais avec excès de volume du fœtus (bassin limite en conséquence).

Lenteur du travail, tête non engagée, obésité.

Membranes rompues depuis 8 heures.

Travail depuis 10 heures.

Température 38°4.

Dilatation complète.

Césarienne basse sous anesthésie générale, délivrance artificielle.

Suites opératoires subfébriles.

Enfant pesant 4.130 grammes criant immédiatement.

L'enfant et la mère sortent en bon état.

N° 667. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 43 ans. Obésité.

Bassin normal mais avec excès de volume du fœtus (bassin limite en conséquence).

Lenteur du travail.

Tête très haute avec bosse séro sanguine volumineuse engagée.

Membranes rompues.

Travail depuis 8 heures.

Dilatation un franc.

Césarienne basse, opération simple.

Suites opératoires normales.

Enfant pesant 4.230 grammes, criant immédiatement.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 15. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Troisième pare 29 ans.

Premier accouchement forceps, deuxième accouchement pubiotomie.

Bassin généralement rétréci, gros enfant, tête élevée.

Membranes rompues depuis 5 heures.

Travail depuis 12 heures.

Dilatation complète.

Césarienne basse, opération simple.

Suites opératoires normales.

Enfant vivant pesant 4.500 grammes, criant immédiatement.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 376. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 19 ans.

Bassin généralement rétréci, tête fixée.

Membranes rompues depuis 3 heures.

Travail depuis 10 heures.

Dilatation complète.

Tentative de forceps, échec.

Césarienne basse, hémorragie importante s'arrêtant après la suture du segment inférieur.

Suites opératoires normales.
Enfant vivant, criant immédiatement.
La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 29 ans.
Bassin généralement rétréci.
Bosse séro sanguine qui descend à la partie moyenne de l'excavation.
Membranes rompues depuis 3 heures.
Travail depuis 30 heures.
Dilatation complète.
Modification des bruits du cœur avec perte de méconium.
Tentative de forceps, échec.
Césarienne basse, opération simple.
Suites opératoires normales.
Enfant criant immédiatement après la naissance.
La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 967. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Troisième pare 36 ans.
Premier accouchement terminé par un forceps difficile, deuxième accouchement prématuré : mort né.
Bassin généralement rétréci, tête mobile.
Membranes rompues depuis 10 heures.
Travail depuis 11 heures.
Dilatation 50 centimes.
Césarienne basse, opération simple.
Suites opératoires normales.
Enfant criant immédiatement.
La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 987. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare 38 ans.
Premier accouchement enfant petit.
Bassin généralement rétréci, P. S. P. = 10,4.

Procidence du cordon.

Chevauchement des os du crâne.

Membranes rompues depuis 7 heures.

Travail depuis 9 heures.

Dilatation 50 centimes.

Liquide amniotique fortement teinté.

Césarienne basse, opération simple.

Suites opératoires normales.

Enfant pesant 3.720 grammes, criant immédiatement.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 1.360. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare 31 ans.

Premier accouchement normal et spontané.

Bassin généralement rétréci, P. S. P. = 9,8.

Membranes rompues depuis 4 heures.

Travail depuis 8 heures.

Dilatation à 5 francs, depuis 4 heures stationnaire.

Césarienne basse, opération simple.

Suites opératoires normales.

Enfant pesant 3.200 grammes, criant immédiatement.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 1.560. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare 39 ans.

Premier accouchement à terme, spontané, normal, enfant petit.

Bassin généralement rétréci et aplati, faux promontoires.

Segment inférieur mal formé, tête mobile.

Membranes rompues depuis 15 heures.

Travail depuis 15 heures.

Dilatation stationnaire à 50 centimes.

Césarienne basse, opération simple.

Suites opératoires fébriles.

Enfant pesant 3.700 grammes, criant immédiatement.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 886. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare 35 ans.

Premier accouchement : enfant mort-né.

Bassin généralement rétréci, P. S. P. = 10 centimètres.

Tête mobile qui déborde, contractions très violentes.

Membranes rompues depuis 6 heures.

Travail depuis 6 heures.

Col perméable.

Césarienne basse, opération simple.

Suites opératoires normales.

Enfant criant immédiatement, pesant 3.400 grammes.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 1569. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 26 ans.

Bassin généralement rétréci, tête élevée.

Membranes rompues artificiellement à cinq francs.

Travail depuis 48 heures.

Dilatation grande paume.

Césarienne basse, opération simple.

Suites opératoires normales.

Enfant pesant 3.610 grammes et criant immédiatement.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

* * *

Les symphysiotomies à la Zarate

(5 cas).

Décès maternel nul.

Décès foetal : 1 cas soit 20 %.

Opération pratiquée pour :

Une fois avec incision du col, bassin limite : enfant mort.

Une fois pour tête dernière retenue dans un bassin généralement rétréci et limite : enfant vivant.

Une fois pour excès de volume du fœtus dans un bassin normal : enfant vivant.

Une fois pour bassin limite après essai infructueux d'application de forceps : enfant vivant.

Une fois pour bassin limite : enfant vivant.

N° 582. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Seconde pare, premier accouchement normal.

Bassin généralement rétréci, femme ramenée de ville.

Travail depuis 17 heures.

Membranes rompues depuis longtemps.

Dilatation stationnaire à petite paume.

Chevauchement important des os du crâne et modification des bruits du cœur.

Opération de Zarate avec incisions du col.

Accouchement spontané, fille morte née pesant 3.350 grammes avec double circulaire autour du cou et présentant une hémorragie méningée.

Suites opératoires normales pour la mère.

N° 976. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare, premier accouchement forceps.

Bassin généralement rétréci, présentation du siège.

Travail depuis 13 h. 30.

Membranes rompues depuis longtemps.

Dilatation complète.

Abaissement d'un pied, extraction du siège, la manœuvre de Champetier de Ribes échoue.

Opération à la Zarate sur tête dernière.

Enfant ranimé pesant 3.000 grammes.

La mère présente dans les suites de couches un hématome périvésical qui guérit et des poussées de pyélonéphrite.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 721. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare, premier accouchement forceps, enfant 4.100 grammes, excès de volume du fœtus, bassin normal.

Travail depuis 14 heures.

Membranes rompues depuis 9 heures.

Dilatation complète. Température 38°5.

Bosse séro sanguine énorme engagée.

Opération de Zarate.

Accouchement spontané.

Enfant criant après désobstruction des voies, aériennes pesant 4.550 grammes.

Tête très déformée.

Suites opératoires normales ; cependant la femme a présenté une hématurie pendant quelques jours.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 919. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Cinquième pare : 3 accouchements normaux, 1 accouchement aux forceps.

Bassin limite.

Grosse bosse séro sanguine et chevauchement des os du crâne très important.

Travail depuis 3 jours.

Membranes rompues depuis 48 heures.

Dilatation complète, tête non engagée.

Liquide fétide « purée de pois ».

Opération de Zarate.

Accouchement spontané, enfant né en état de mort apparente, facilement ranimé et pesant 3.050 grammes ; il porte la marque du frottement du détroit supérieur au niveau du pariétal gauche.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare, premier accouchement normal.

Bassin à peine touché mais excès de volume du fœtus.

Tête au détroit supérieur.

Modification des bruits du cœur.

Dilatation complète.

Travail depuis 14 heures.

Membranes rompues depuis longtemps.
Essai de forceps au détroit supérieur, échec.
Opération de Zarate.
Accouchement terminé par un forceps facile.
Enfant criant immédiatement et pesant 4.500 grammes.
Suites opératoires normales ; cependant la mère a présenté une hématurie pendant quelques jours.
La mère et l'enfant sortent en bon état.

* * *

Les forceps au détroit supérieur

(4 cas).

Nombre de cas : 4.

Décès d'enfants : 3.

Ces interventions qui doivent disparaître sont dues ici au rôle même de la clinique TARNIER recevant souvent des femmes en travail depuis longtemps en ville et qui sont transportées d'urgence à la clinique ; autrement les forceps au détroit supérieur ne doivent plus se voir que quand on est éloigné de tout centre chirurgical.

N° 1.062. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare.

Travail depuis 15 heures.

Membranes rompues depuis 1 heure spontanément.

Liquide très teinté, bruits du cœur lents.

Dilatation grande paume, tête fixée.

Application de forceps Demelin.

Enfant vivant pesant 5.010 grammes.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

N° 977. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare, bassin très peu touché.

Travail depuis 31 heures.

Membranes rompues depuis 20 heures.

Dilatation complète.
Face fixée en M. I. G. P.
Bruits du cœur irréguliers.
Deux applications de forceps.
Enfant pesant 3.750 grammes, mort né.
La mère sort en bon état.

N° 1.277. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare, bassin limite P. S. P. = 10,3, symphyse haute, la tête déborde un peu.

Travail depuis 48 heures (Femme venue de ville).
Membranes rompues artificiellement à deux francs.
Dilatation cinq francs stationnaire.
Tête fixée.
Modification des bruits du cœur. Liquide « purée de pois ».
Température 38°5.
Application de forceps avec incisions du col.
Enfant mort né pesant 3.900 grammes.
Suites opératoires fébriles.
La mère sort en bon état.

N° 943. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare, 34 ans, bassin généralement rétréci, grosse bosse séro sanguine.

Travail depuis 36 heures.
Membranes rompues depuis 18 heures.
Dilatation complète.
Tête au détroit supérieur.
Température 37°7.
Liquide amniotique teinté, modification des bruits du cœur.
Deux applications de forceps ont été pratiquées en ville.
Une application de forceps à Tarnier.
Enfant mort né pesant.
La mère sort en bon état.

* * *

Embryotomie

(1 cas).

N° 34. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare, bassin généralement rétréci, parties molles résistantes.

Tête fixée tendant à s'engager.

Travail depuis 24 heures.

Membranes rompues depuis 18 heures.

Dilatation cinq francs.

Liquide teinté.

Episode grippal, température 38°8, poussant 110, albuminurie, tension artérielle 29-9.

Tentative de forceps Demelin avec incisions du col, échec.

Cranioclasie.

Enfant mort né 4.500 grammes sans matière cérébrale.

* * *

Accouchements spontanés ou aidés par un forceps

(54 cas).

Nombre de cas : 54.

Mortalité maternelle : 0.

Morbidité maternelle : nulle ou bénigne.

Mortalité fœtale : 3, soit 5,7 %.

On n'insistera pas sur ces 54 cas dont l'énumération serait fastidieuse ; on ne donnera que les observations présentant quelque intérêt.

Accouchements normaux et spontanés : 1 décès :

N° 689. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 19 ans, bassin touché.

Tête élevée.

Travail 23 heures.

Accouchement 19 heures après l'engagement d'un enfant pesant 3.250 grammes en état de mort apparente et qu'on ne peut ranimer malgré les soins habituels.

Accouchement aux forceps : 2 décès :

N° 1.089. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Deuxième pare 34 ans, bassin touché.

Travail 20 heures.

Membranes rompues entre cinq francs et petite paume.

Dilatation complète.

Forceps pour lenteur de la période d'expulsion.

Enfant vivant pesant 3.160 grammes, criant immédiatement, non ranimé et cependant décédé trois jours après sans cause apparente.

N° — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

(Observation incomplète.)

Incision du col chez une primipare en travail depuis 3 jours avec infection amniotique, température 38°5, liquide « purée de pois », modification des bruits du cœur et tête bien engagée.

* * *

Observations prises au hasard

N° 1.088. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Septième pare : 4 enfants morts pendant le travail, *deux enfants vivants extraits par forceps et césarienne.*

Bassin plat.

Travail 12 h. 30.

Membranes rompues depuis 2 heures.

Dilatation complète.

Accouchement spontané d'un enfant pesant 3.600 grammes.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 978. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 37 ans. Luxation bilatérale de la hanche, bassin aplati
P. S. P. = 10,5.

Siège décomplété mode des fesses.

Travail 8 heures.

Rupture artificielle des membranes à cinq francs, accouchement d'un
enfant pesant 3.530 grammes né en état de mort apparente forme blanche,
ranimé par les soins habituels.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 848. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 22 ans, bassin généralement rétréci et aplati avec promon-
toire bas et saillant P. S. P. = 9,8.

Epreuve du travail. Tête qui déborde, mobile.

Travail 10 heures.

Accouchement spontané 2.570 grammes.

Suites normales pour la femme et l'enfant.

N° 1.109. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 29 ans, bassin héli atrophique presque pur, semblant
cependant perméable.

Travail 20 heures.

Membranes rompues depuis 11 heures.

Accouchement spontané.

Enfant vivant, pesant 3.950 grammes.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 2.003. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare, bassin coxalgique peu touché.

Travail 6 heures.

Rupture des membranes à dilatation complète.

Enfant vivant pesant 2.800 grammes.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 1.274. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 23 ans, bassin rétréci, type masculin, promontoire accessible.

Travail 14 heures.

Rupture artificielle des membranes à cinq francs.

La tête s'engage à ce moment.

Enfant vivant pesant 2.400 grammes.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 1.376. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 27 ans, bassin asymétrique par paralysie infantile.

Travail 21 heures.

Rupture artificielle des membranes à 5 francs.

10 heures après accouchement spontané.

Enfant vivant pesant 2.800 grammes.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 1.266. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 22 ans, bassin généralement rétréci P. S. P. = 10,7.

Travail 48 heures.

Tête fixée après 40 heures de travail.

Dilatation deux francs après le même laps de temps.

Application de forceps à dilatation complète.

Enfant vivant pesant 3.650 grammes.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 1.286. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 22 ans, bassin généralement rétréci.

Travail 32 h. 30.

Rupture artificielle des membranes à deux francs.

A grande paume la tête est toujours élevée.

Trois heures après application de forceps en O. I. G. P.

Enfant vivant pesant 4.800 grammes.

Suites de couches normales pour la mère et l'enfant.

N° 1.134. — HÔPITAL TARNIER. Année 1933.

Primipare 22 ans, bassin asymétrique par paralysie infantile aplati du côté sain, jambe droite complètement atrophiée.

Travail 25 heures.

Rupture spontanée des membranes à dilatation complète.

La tête encore mobile s'engage à ce moment.

Application de forceps en O. I. G. P.

Enfant pesant 3.400 grammes.

Suites de couches normales pour la mère et l'enfant.

N° 2.301. — HÔPITAL BOUCICAUT. Année 1932.

Deuxième pare 27 ans, premier accouchement forceps, enfant vivant, 5.600 grammes.

Femme venue de ville.

Injectons intempestives d'hypophyse pratiquées en ville.

Bassin touché. Tête élevée, bosse séro sanguine énorme plongeant dans l'excavation, utérus contracturé, liquide fétide, température 38°4.

Deux applications de forceps sous chloroforme et après morphine sont tentées à grande paume, échec.

La rétraction intense de l'utérus conseille la prudence, anneau de Bandl à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, segment inférieur très tendu d'une minceur extrême, les bruits du cœur ont maintenant disparu.

Cranioclasie très prudente.

Enfant mort né ayant trois circulaires autour du cou pesant 4.030 grammes sans matière cérébrale.

Suites de couches normales.

Retenir dans ce cas l'effet tout à fait nocif des injections d'hypophyse pratiquées de façon intempestive avec un bassin limite et un gros fœtus, elles ont naturellement abouti à la réaction de l'utérus.

N° — HÔPITAL BOUCICAUT. Année 1932.

Primipare 34 ans, *obésité 105 kilos*, parties molles très résistantes, *présentation du siège très élevée*, bassin à peine touché.

Travail depuis 24 heures.

Température 38°.

Dilatation complète depuis 5 heures ; depuis ce temps la femme pousse sans résultat, le siège reste haut, température 38°3.

Essais infructueux de :

Tractions inguinales.

Tractions aux lacs.

Forceps.

Les bruits du cœur disparaissent.

Cranioclasie sur siège très difficile, manœuvres de Mauriceau.

Extraction d'un enfant pesant 4.200 grammes sans matière cérébrale.

Suites normales pour la mère.

Retenir le rôle important de l'obésité et de la présentation du siège dans ce bassin limite ; on pouvait discuter la césarienne pratiquée de façon prophylactique ou au début du travail.

Conclusions

1° L'épreuve du travail doit être tentée dans tous les cas de bassins limites, c'est-à-dire chaque fois qu'il n'y a pas de disproportion manifeste entre le volume du fœtus et la filière osseuse d'une part et de contre indications d'un autre ordre, d'autre part.

2° Le pronostic du bassin limite est presque impossible à poser à la fin de la grossesse, car il manque l'élément fondamental : la valeur de la contraction utérine qui commande l'évolution du travail, les attitudes et les modifications de la présentation.

3° L'épreuve du travail doit être une expectative volontaire, raisonnée, étudiée mais armée, pratiquée par un accoucheur de métier en milieu chirurgical.

4° L'épreuve du travail doit être menée et surveillée de façon rigoureuse afin d'interpréter chaque signe et de comparer aux autres dans le temps ; un traitement médical surtout anti spasmodique doit presque toujours être mis en œuvre.

5° L'épreuve du travail ne peut être « poussée à fond » avec la certitude d'avoir laissé à la femme le maximum de chances d'accoucher spontanément sans danger pour elle et pour son enfant, que depuis l'avènement de la césarienne basse.

6° Le diagnostic d'intervention est la raison de la difficulté de l'épreuve du travail ; ce n'est pas une « question d'horloge », mais une question de cas particulier ; si les données du problème sont difficiles à apprécier, leurs conclusions le sont encore plus.

7° Tout l'art consiste à pousser l'épreuve du travail assez loin et aussi à la limiter dès que l'on a la preuve du non engage-

ment de la tête, car la trop longue épreuve du travail diminue les chances de succès pour toute intervention devenue nécessaire, elle doit réaliser le postulat suivant :

intervention possible au moment favorable et en même temps l'intervention de nécessité.

8° Une épreuve du travail insuffisamment tentée supprimerait même son principal avantage ; diminuer le nombre de césariennes pratiquées inutilement.

9° Une épreuve du travail trop poussée est surtout grave pour le pronostic fœtal, quelle que soit la terminaison de l'accouchement ; ce pronostic est dans certains cas difficile à étayer et peut réserver des surprises, les signes classiques de souffrance fœtale étant parfois en défaut.

10° Comme l'épreuve du travail aboutit toujours pratiquement à un cas impur le pronostic maternel entre aussi en jeu quand la tentative est trop prolongée. C'est d'ailleurs surtout le danger de l'infection puerpérale qui existe, les techniques employées ayant ramené à un chiffre presque nul la mortalité par péritonite post opératoire.

11° Cependant il est un fait certain que l'épreuve du travail avec comme sanction thérapeutique la césarienne basse, tardive et conservatrice n'est pas tout dans la dystocie pelvienne :

la césarienne prophylactique ou au début du travail conserve naturellement ses droits dans la dystocie patente,

l'examen consciencieux mais non « mathématique » du bassin doit toujours être pratiqué,

l'hystérectomie après épreuve du travail s'impose encore parfois pour lutter contre l'infection purpérale déclarée et menaçante,

l'opération de Zaretsky a des indications limitées qui doivent s'étendre au profit de la disparition des applications de forceps au détroit supérieur et même de certains cas d'embryotomie.

12° Quoi qu'il en soit l'épreuve du travail reste un des plus difficiles problèmes de la pratique obstétricale ; son importance

est grande car les bassins limites sont plus fréquents que les dystocias patentes. Sa surveillance est délicate et le moment opportun pour intervenir difficile à fixer. Elle doit diminuer le nombre de césariennes inutiles, de forceps au détroit supérieur et de basiotripsies.

Mais il faut savoir l'arrêter à temps car si d'une part, il est un fait certain que l'épreuve du travail trop prolongée n'est pas sans danger pour la mère, il est incontestable que c'est surtout le pronostic fœtal qui est alors en jeu. Si les quelques décès supplémentaires d'enfants ne sont rien à côté du nombre de césariennes évitées, il n'en faut pas moins se méfier du pronostic fœtal après épreuve du travail très prolongée, quelle que soit la terminaison de cette dernière : accouchement spontané, intervention par voie haute ou par voie basse.

Les signes de souffrance fœtale sont toujours difficiles à interpréter et font commettre des erreurs de pronostic parfois impossibles à éviter.

L'observation clinique rigoureuse et sagace seule améliorera le pronostic fœtal qui reste essentiellement le « point névralgique » de l'épreuve du travail dans les bassins limites.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1^o TRAITÉS CLASSIQUES.

1. *Eléments d'Obstétrique*, WALLICH.
2. *Précis d'Obstétrique*, FABRE.
3. *L'accoucheur moderne*, METZGER.
4. *Thérapeutique obstétricale*, JEANNIN.
5. *Traité d'Obstétrique*, RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE.
6. *Manuel de l'accoucheur*, DÉMELIN et DEVRAIGNE.
7. *Physiologie obstétricale*, VIGNES.
8. *Pratique de l'art des accouchements*, BRINDEAU.
9. *L'Obstétrique du praticien*, SCHWAAB.
10. *Précis d'Obstétrique*, MAYGRIER et SCHWAAB.

2^o JOURNAUX.

1. Résultats de l'expectative dans les bassins limites et l'épreuve du travail. ODAGESCO, *R. F. G. O.*, septembre 1926.
2. Le pronostic de la césarienne basse. BROUHA et BRINDEAU, *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et Obstétrique*, n^o 3, 1930.
3. L'engagement de la tête fœtale chez les primipares. ANDÉRODIAS, *R. F. G. O.*, février 1930.
4. Les hémorragies dans la césarienne basse. BURGER, *Société d'Obstétrique et Gynécologie de Strasbourg*, janvier 1929.
5. Notes sur la gestation et l'accouchement chez les obèses. LACOMME et LEPAGE, *Pratique médicale française*, décembre A, 1932.
6. Doit-on appliquer le forceps au détroit supérieur. LANTUÉJOUL, *Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1928.

7. Rétrécissements communs d'origine rachitique. LACOMME, *Bulletin médical*, 20 mai et 16 sept. 1933.
8. La place actuelle de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. ROOMANS, *Bruxelles médical*, 17 avril 1932.
9. Les opérations césariennes abdominales et leurs indications. FAVREAU, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 10 août 1932.
10. Accouchement après accouchement césarien. CATHALA, *Bulletin médical*, n° 45, 1928.
34. Rôle de la poche des eaux pendant l'accouchement. KREISS, *Gynécologie et Obstétrique*, 1928, p. 422.
35. L'orientation de l'Obstétrique. TURENNE, *Gynécologie et Obstétrique*, 1931, p. 304.
36. Les douleurs spasmodiques au cours de l'accouchement. BINDSCHAEDLE, *Gynécologie et Obstétrique*, 1928, p. 753.
37. Des abus de la césarienne. RUIS-CONTRERAZ, *Gynécologie et Obstétrique*, 1929, p. 657.
38. La pelvitomie chez les primipares. ABUREL, *Gynécologie et Obstétrique*.
39. Enseignements tirés d'une analyse de cas mortels après césarienne. KREISS, *Gynécologie et Obstétrique*.
40. Les risques de césariennes tardives. VIGNES, *Presse médicale*, 12 janvier 1927.
41. De la rupture artificielle des membranes. KELLER, *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Strasbourg, 1931.
42. L'épreuve du travail. KELLER, *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Strasbourg, 1931.
43. L'opération césarienne tardive. Ses indications. GROSSE, *R. F. G. O.*, p. 467, 1928.
44. Le segment inférieur et la contracture de l'utérus gravide et parturient. DÉMELIN, *R. F. G. O.*, janvier 1920.
45. L'épreuve du travail et la césarienne basse. SROECK, *Bruxelles médical*, 1^{er} mai 1927.
46. Du rôle de la césarienne basse dans le traitement des bassins limites. *Bulletin de l'Académie royale de Médecine*. BROUHA, février 1928.
47. Quelle durée assigner à l'épreuve du travail dans les bassins limites ? RIVIÈRE et BOURSIER, *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, p. 601, 1921.

48. Rôle de la poche des eaux dans l'accouchement. KREISS, *Bulletin de la Société de Gynécologie et Obstétrique*, p. 191, 1925.
49. Les signes de vitalité chez l'enfant et la limite de l'épreuve du travail. ANDÉRODIAS, *Bulletin de la Société de Gynécologie et Obstétrique*, p. 247, 1928.
50. L'aspirateur électrique dans la césarienne basse. ANDÉRODIAS, *Bulletin de la Société de Gynécologie et Obstétrique*, p. 245, 1928.
51. A propos de 100 cas d'épreuve du travail. BROUHA, *Bulletin de la Société de Gynécologie et Obstétrique*, p. 739, 1930.
52. L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limites. BROUHA, *R. F. G. O.*, p. 499, 1930.
53. La dystocie pelvienne en clientèle. LE LORIER, *Semaine médicale des Hôpitaux de Paris*, janvier 1929.
54. De l'accouchement dans les bassins à limites étroites. PINARD, *Bulletin médical*, 16 mars 1902.
55. Des indications de la césarienne basse. KELLER, *Leçons du Jeudi soir*, 1932.
56. De l'expectative en obstétrique. BRINDEAU, *Leçons du Jeudi soir*, 1929.
57. Les présentations de la face. BRINDEAU, *Journal des Praticiens*, 30 décembre 1933.
11. Avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. ANDÉRODIAS et BARD, *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 25, 1931.
12. L'opération césarienne basse. BRINDEAU, *Leçons du Jeudi soir*, 1928.
13. Technique de la césarienne basse. BRINDEAU et CANONNE, *Journal médical français*, janvier 1930.
14. La césarienne transpéritonéale basse supra symphysaire. GUÉNIOT, *Bulletin médical*, n° 21, 1930.
15. Les possibilités actuelles de la césarienne basse. BRAULT, *Progrès médical*, n° 6, 1931.
16. L'accouchement en cas de bassin rétréci. BRINDEAU, *Journal des praticiens*, 19 août 1933.
17. Incidents. Complications et suites de la césarienne. COUVELAIRE, *Pratique médico-chirurgicale*.
18. Avantages de la césarienne basse. DEVEY, *Bulletin médical*, 16 janvier 1933.

19. Modifications à la technique de la césarienne basse. AUDEBERT, *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse*, 10 janvier 1930.
20. Césarienne basse et accouchement ultérieur. PERDU, *Gazette de Picardie*, avril 1931.
21. Différents procédés d'agrandissement du bassin rachitique au cours du travail. SUZOR, *L'Hôpital*, juin 1932.
22. L'accouchement prématuré provoqué. RAVINA, *Revue médicale française*, octobre 1932.
23. Conduite à tenir dans les bassins rétrécis. ANDÉRODIAS, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1932.
24. Conduite à tenir dans les bassins rétrécis limites. DESNOYERS, *La Puériculture*, n° 20, 1932.
25. L'épreuve du travail dans les bassins limites. BROUHA, *Bruxelles médical*, juin 1930.
26. Pronostic de l'accouchement par le siège. VAUDESCAL, *Leçons du Jeudi soir*, 1931.
27. Symphysiotomie sous cutanée partielle à la Zarate. MICHELON, *Gynécologie et Obstétrique*, décembre 1932.
28. Césarienne segmento corporeale pour contracture de l'anneau de Bandl. AUDEBERT, *Bruxelles médical*, 30 octobre 1932.
29. Les variations des différents temps de la césarienne basse. WODON, *Bruxelles médical*, n° 40, 1932.
30. La place de la césarienne dans la pratique obstétricale nord américaine. LANDRIEU, *Progrès médical*, 6 mai 1933.
31. Indications de la césarienne basse. DEVRAIGNE, *Journal de Médecine et Chirurgie pratique*.
32. Où en est la symphysiotomie ? RAVINA, *La Médecine*, avril 1932.
33. La place de la césarienne basse. BALARD et MAHON, *Marseille médical*, n° 22, 1928.
58. Accouchement médical et épreuve de dystocie. KREISS, *R. F. G. O.* novembre 1933.
59. Les déformations de la tête fœtale après l'accouchement dans les viciations pelviennes. BUÉ, *Leçons du Jeudi soir*, 1933.
60. Différents procédés d'agrandissement du bassin. CATHALA, *Leçons du Jeudi soir*, 1927.
61. L'opération césarienne tardive. JEANNIN, *Leçons du Jeudi soir*, 1927.

62. L'infection ovulaire. DIGEONNET, *Pratique médicale française*, novembre 1933.
63. L'accouchement médical. KREISS, *R. F. G. O.*, octobre 1929.
64. La césarienne tardive. MERGER, *Gynécologie et Obstétrique*, novembre et décembre 1933.

3^e THÈSES.

1. La césarienne itérative. CALLEJA, Thèse Alger, 1932.
2. Technique de l'opération de Portes. FESQUET, Thèse Paris, 1927.
3. Le pronostic de la césarienne basse. RUBIN, Thèse Paris, 1930.
4. L'utérus parturient rachianesthésie. MAHON, Thèse Bordeaux, 1930.
5. Etude critique des différents procédés de césarienne dans la dystocie pelvienne. L'HOIR, Thèse Paris, 1932.
6. Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. HENRIOT, Thèse Paris, 1927.
7. Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale supra symphysaire. MANASSI, Thèse Paris, 1925.
8. Avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne portant sur le corps de l'utérus. MORISSON-LACOMBE, Thèse Paris, 1920.
9. Contribution à l'étude de la césarienne tardive. ENGLHARD, Thèse Paris, 1926.
10. Sur l'emploi des extraits de lobe postérieur d'hypophyse en obstétrique. BILLIARD, Thèse Paris, 1933.
11. La rétraction utérine pendant le travail. ROSENTHAL, Thèse Paris, 1933.
12. L'épreuve du travail dans les bassins limites. ATTAIX, Thèse Paris, 1930.
13. Contribution à l'étude de la césarienne basse. BERCOVICI, Thèse Paris, 1927.
14. Sur les différents procédés de césarienne abdominale utilisés dans les cas impurs. MAX PETIT, Thèse Paris, 1932.
15. Indications des pelvitomies et de l'opération de Portes. SCEMLA, Thèse Paris, 1925.
16. Les ruptures d'utérus ayant subi la césarienne. ALBERTINI, Thèse Paris, 1932.

17. Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale. GELLÉ, Thèse Lille, 1930.
18. Résultats de la césarienne basse à Strasbourg. REICH, Thèse Strasbourg, 1930.
19. Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation au cours de l'accouchement. RIBON, Thèse Bordeaux, 1925.
20. La césarienne suprasymphysaire. BENSIMON TOBY, Thèse Nancy, 1931.
21. Etude générale critique de la césarienne basse. PÉTRY, Thèse Nancy, 1933.

N. B. : *R. F. G. O.* = Revue française de Gynécologie et Obstétrique.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Introduction</i>	11
<i>Historique</i>	13
<i>a) Avant les méthodes chirurgicales</i>	13
<i>b) Après les méthodes chirurgicales</i>	14
<i>Définition du bassin limite</i>	21
<i>Examen et diagnostic clinique du bassin limite</i>	24
<i>Pronostic du bassin limite à la fin de la grossesse</i>	27
<i>L'épreuve du travail. Définition et généralités.</i>	30
<i>a) Définition</i>	30
<i>b) Les trois problèmes à résoudre au cours de l'épreuve du travail</i>	30
<i>Conception de l'épreuve du travail</i>	32
<i>Engagement, physiologie obstétricale pathologiques</i>	39
<i>Conduite clinique de l'épreuve du travail</i>	45
<i>a) La femme a été déjà suivie pendant toute sa grossesse ; on a prévu l'épreuve du travail</i>	45
<i>b) La femme est examinée pour la première fois alors qu'elle est en travail depuis longtemps et dans des conditions inconnues</i>	45
<i>c) La femme a subi antérieurement une première opération césarienne</i>	45
<i>La femme a été suivie pendant toute sa grossesse</i>	45
<i>Généralités</i>	45
<i>a) Etude des contractions</i>	46
<i>b) L'inspection</i>	49
<i>c) La palpation</i>	49
<i>d) Le toucher vaginal</i>	50

e) Les signes de souffrance fœtale	51
f) Etat général de la mère	55
<i>Schématisation des cas cliniques rencontrés au cours de cette épreuve du travail</i>	57
<i>Pronostic de cette épreuve du travail en cours</i>	61
<i>Diagnostic théorique d'intervention</i>	64
<i>Diagnostic pratique d'intervention</i>	66
a) L'intervention s'impose d'urgence	66
b) L'urgence ne se pose pas mais il faut intervenir	67
<i>La femme est examinée pour la première fois alors qu'elle est en travail depuis longtemps dans des conditions inconnues</i>	70
Examen	70
a) L'intervention s'impose d'urgence	71
b) L'intervention d'urgence ne s'impose pas	72
<i>La femme a subi antérieurement une première césarienne</i>	73
<i>La thérapeutique pendant l'épreuve du travail</i>	75
<i>La thérapeutique après l'épreuve du travail</i>	78
a) L'épreuve du travail est positive	78
b) L'épreuve du travail est négative	79
1° L'intervention d'urgence s'impose par voie abdominale (les indications)	79
2° L'intervention d'urgence s'impose quant à son mode . .	80
La symphysiotomie (présentation enclavée)	80
3° On a décidé l'intervention et son mode peut rester sujet de discussions	80
La version par manœuvres internes et la césarienne haute sont à éliminer	81
Les applications de forceps au détroit supérieur doivent disparaître	81
La symphysiotomie à la Zarate présente de rares indications	82
La césarienne basse est l'intervention de nécessité et de choix	83
Diagnostic du degré de l'infection amniotique pour préciser la technique à employer	84
<i>Technique chirurgicale et épreuve du travail</i>	91

<i>Le pronostic de l'accouchement spontané et des interventions après l'épreuve du travail.....</i>	95
<i>a) Pronostic maternel.....</i>	95
<i>b) Pronostic foetal.....</i>	97
<i>Résultats de l'épreuve du travail.....</i>	99
<i>Observations</i>	109
<i>Conclusion</i>	131
<i>Bibliographie</i>	135

